FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1884 — N° 23

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 31 *Mai* 1884, *à* 1 *heure*,

PAR LUIS-ALBERTO-PATINO LUNA

Né à Santiago (Chili), le 25 janvier 1859.

ETUDE

SUR LES

FORMES CLINIQUES

DU

CANCER RÉNAL

Président : M. LABOULBÈNE, *professeur*.

Juges : MM. PROUST, *professeur*,
TROISIER, HUTINEL, *agrégés*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1884

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.................. M. BÉCLARD.

Professeurs............	MM.
Anatomie..	SAPPEY.
Physiologie..	BÉCLARD.
Physique médicale..................................	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale..........	N.
Histoire naturelle médicale........................	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales........	BOUCHARD.
Pathologie médicale................................	PETER. DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale..........................	GUYON. DUPLAY.
Anatomie pathologique...........................	CORNIL.
Histologie...	ROBIN.
Opérations et appareils..........................	LE FORT.
Pharmacologie......................................	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale..............	HAYEM.
Hygiène..	BOUCHARDAT.
Médecine légale....................................	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés..................	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale........	VULPIAN.
Clinique médicale..................................	SEE (G.) JACCOUD. HARDY. POTAIN.
Clinique des maladies des enfants.............	N.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..................................	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques...........	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses..............	CHARCOT.
Clinique chirurgicale..............................	RICHET. GOSSELIN. VERNEUIL. TRELAT.
Clinique ophthalmologique......................	PANAS.
Clinique d'accouchements.......................	PAJOT.

DOYEN HONORAIRE : M. VULPIAN.

Professeur honoraire :
M. DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.
BLANCHARD.
BOUILLY.
BUDIN.
CAMPENON.
DEBOVE.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.
GUÉBHARD.

MM.
HALLOPEAU.
HANOT.
HANRIOT.
HENNINGER.
HUMBERT.
HUTINEL.
JOFFROY.
KIRMISSON.
LANDOUZY.

MM.
PEYROT.
PINARD.
POUCHET
QUINQUAUD.
RAYMOND.
RECLUS.
REMY.
RENDU.
REYNIER.

MM.
RIBEMONT.
RICHELOT.
RICHET.
ROBIN (Albert).
SEGOND.
STRAUS.
TERRILLON.
TROISIER.

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

82.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LABOULBÈNE

Professeur à la Faculté de médecine de Paris,
Membre de l'Académie de médecine,
Médecin de la Charité,
Officier de la Légion d'honneur, etc.

ÉTUDE SUR LES FORMES CLINIQUES

DU

CANCER RÉNAL

AVANT-PROPOS

Si les progrès de l'histologie ont profondément modifié dans ces dernières années l'état de nos connaissances sur la structure des tumeurs rénales, il faut cependant reconnaître que, depuis l'œuvre magistrale de Rayer (1), peu de chose a été dit sur leurs formes et leur évolution cliniques.

Entre toutes, l'étude symptomatique du cancer primitif est demeurée particulièrement incomplète. La cause en est à coup sûr dans l'étonnante diversité d'aspects que l'affection peut prendre au lit du malade. La triade classique avec ses hématuries, ses douleurs, sa tuméfaction rénale ne s'observe pas toujours il s'en faut ; du reste, on connaît bien depuis Rayer le cancer latent du rein. Mais entre les deux pôles extrêmes, entre la forme régulière, complète et

(1) S. Rayer, Traité des maladies des reins, Paris, J.-B. Baillière, 1841.

la forme que caractérise seulement une cachexie progressive, il y a place pour les variétés les plus nombreuses, les plus imprévues, les plus étranges. La phrase symptomatique, pour garder l'expression de Trousseau, n'est souvent que balbutiée. Tantôt la maladie se révèle exclusivement par une douleur aussi peu fixe dans son intensité que dans son siège; tantôt l'hématurie, intermittente ou continue, demeure du commencement à la fin le seul indice du cancer, ou bien au contraire la dégénérescence rénale parcourt toutes ses phases sans qu'on puisse constater la plus légère altération des urines; tantôt enfin, la tumeur abdominale constitue l'unique phénomène pathologique appréciable. Ce n'est pas tout. A côté des formes frustes, il faut placer les cas où l'affection cancéreuse, tout en se manifestant par ses signes ordinaires, revêt une physionomie spéciale qu'elle emprunte à des complications de voisinage, à des coïncidences, à la généralisation de la diathèse.

En de telles conditions, le diagnostic est chose fort délicate, et l'on conçoit sans peine qu'un cancer du rein reconnu à l'autopsie ait été pris du vivant du malade pour un cancer du foie, de l'estomac, de la rate ou de l'os iliaque; pour un anévrysme de l'aorte ou de l'artère rénale; pour des tubercules de l'intestin, voire même pour une grossesse. Un cas bien curieux que nous avons pu suivre l'an dernier à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Laboulbène, nous a suggéré l'idée de rechercher les observations de carcinome rénal se présentant sous une forme anomale.

Nous n'avons pas la prétention de publier intégralement ici, ni même d'indiquer tous les faits que nous avons trouvés dans les traités, les monographies ou les publications spéciales. Notre but est seulement de montrer, dans un aperçu général, les différents aspects cliniques que l'affec-

tion peut prendre : nous ne reproduirons comme exemples que les observations les plus intéressantes.

La première partie de ce travail est simplement descriptive. Nous essayons d'abord de mettre en ordre et de grouper méthodiquement les nombreuses variétés consignées dans la littérature médicale. Prenant comme point de départ le type franc et complet, nous exposons successivement, sans aucune préoccupation histologique, les formes compliquées, les formes frustes et les formes latentes.

La seconde partie de notre thèse est remplie tout entière par l'étude du diagnostic. Reprenant les faits cliniques, nous nous efforçons d'en dégager, par l'analyse, une somme suffisante de déductions utiles, pour arriver autant que possible à reconnaître, même dans ses formes les plus irrégulières, le siège et la nature du mal.

PREMIÈRE PARTIE

Symptomatologie.

L'étude du cancer rénal exigerait, pour être véritablement complète, la description des formes typiques et pour ainsi dire normales, qui évoluent de la façon la plus nette sans laisser le moindre doute sur l'interprétation de leurs symptômes.

Nous croyons cependant devoir être aussi bref que possible en exposant les faits de ce groupe sur lesquels nos maîtres ont particulièrement insisté; nous n'en parlerons que pour mémoire afin de préciser, au début de ce travail, l'état actuel de la question. Nous nous étendrons seulement sur quelques particularités, sur quelques phénomènes de détail mis en relief par des publications récentes. Mais à côté de ces cas bien connus dans lesquels l'affection se manifeste avec tout son cortège de symptômes, il est une nombreuse catégorie de cancers qui, par leur marche, leur allure, par l'absence ou l'anomalie des manifestations ordinaires, diffèrent plus ou moins de la description des auteurs, et mettent souvent dans l'embarras le pathologiste aux prises avec les réalités de la clinique. C'est surtout à l'étude de ces formes irrégulières et latentes que nous consacrons la première partie de notre travail.

Nous aurons surtout en vue le cancer primitif. Les cancers secondaires, c'est-à-dire ceux qui envahissent le rein par propagation ou par généralisation, n'ont pour le clinicien qu'un intérêt médiocre, puisque, d'ordinaire, les lésions restent très limitées et ne sont révélées qu'à l'amphithéâtre.

CHAPITRE PREMIER.

FORME RÉGULIÈRE.

L'affection, même dans ses formes les plus franches, ne se manifeste d'abord que par des symptômes vagues et obscurs. Des troubles digestifs, des irradiations douloureuses, un affaiblissement progressif et sans cause apparente, tels sont souvent pendant des mois les seuls désordres que provoque dans l'organisme la dégénérescence cancéreuse. Aussi le diagnostic ne se fait-il généralement que plus tard, c'est-à-dire à l'époque où le médecin constate, en même temps qu'un état de cachexie manifeste, une tumeur abdominale, des douleurs lombaires et des hématuries.

La tumeur formée par le rein cancéreux peut être facilement méconnue tant que ses dimensions restent peu considérables. En effet, les reins sont d'abord entourés d'une atmosphère cellulo-adipeuse abondante ; de plus, ils sont recouverts en avant par tout le paquet intestinal et, dans leur région postéro-latérale, par une couche musculeuse extrêmement épaisse. Il en résulte que leur siège, leur forme et leurs dimensions précises ne peuvent être déterminés par l'exploration directe qu'avec les peines les plus grandes.

Peu à peu le néoplasme se développe ; il peut atteindre un poids énorme. Trois et quatre kilogrammes sont des chiffres ordinaires. Dans un cas rapporté par Roberts (1), la tumeur était de vingt-cinq livres. La déformation du

(1) Roberts, Urinary and renal diseases, London, 1865, p. 441.

ventre, qu'il n'est pas rare d'observer, n'a donc rien qui doive surprendre. Rayer dit même que la tumeur peut présenter des mamelons appréciables au toucher. Mais, s'il est difficile de reconnaître la tumeur au début, à cause de l'exiguité de son volume, par contre, quand elle a pris des proportions telles qu'elle envahit toute une partie de l'abdomen, il devient souvent très embarrassant de dire aux dépens de quel organe elle a pris naissance.

La tumeur, gênée par le diaphragme, le foie ou la rate, se développe en général de préférence aux dépens des régions inférieures, s'accroît en dedans et en bas et se place au-devant de la colonne lombaire.

Quand, par extraordinaire, le cancer se limite à la partie supérieure du viscère, la tumeur, si elle siège à gauche, refoule en haut la rate et le diaphragme, tandis que du côté droit elle déplace le foie et le fait basculer en avant. Dans une observation relatée par Döderlein (1), le foie avait été repoussé à gauche et comprimé de telle sorte que toute la face convexe était venue se mettre en rapport immédiat avec la paroi de l'abdomen. Roberts, Neumann, Ebstein (2), Lecorché, Abeille et la plupart des auteurs qui ont écrit dans ces dernières années sur le cancer du rein, insistent d'une façon toute particulière sur les rapports de la tumeur avec les anses intestinales. Quand la néoplasie se trouve à droite, l'intestin grêle et le cæcum sont portés en dehors, tandis que le côlon ascendant est dirigé obliquement de bas en haut et de droite à gauche en recouvrant la tumeur. Celle-ci siège-t-elle à gauche, le côlon descendant est presque toujours situé au-devant d'elle et souvent même y est fixé par de solides adhérences.

(1) Döderlein, Inaugural Abhandlung, Erlangen, 1860, p. 7.

(2) Ebstein, Krankheiten des Hannapparats (Ziemssen's Handbuch), Bd. IX, Zweite Haelfte, 1875.

Roberts, le premier, a montré l'importance clinique de ces dispositions spéciales. Pour lui, la présence du côlon devant la tumeur est un signe capable d'assurer le diagnostic quand il s'agit de distinguer le rein des viscères qui l'environnent. La matité sera donc absolue, uniforme, dans les tumeurs hépatiques ou spléniques, puisque celles-ci se mettent en rapport direct avec la paroi antérieure du ventre. Au contraire, dans les néoplasies rénales, il y a succession de zones mates et sonores suivant que l'observateur percute le rein ou l'intestin.

Toutefois, d'après Neumann, quand le cancer comprime fortement le côlon et rapproche ses parois jusqu'au point de contact, la sonorité peut faire complètement défaut ; mais « en déprimant tout doucement la paroi de l'abdomen, il sera facile de sentir entre celle-ci et la tumeur une masse cylindrique, mobile, qui n'est autre que l'intestin » (1).

Un fait important à connaître, c'est que la tumeur rénale est toujours fixe et ne suit aucunement les mouvements du diaphragme. Elle est parfois très molle et donne presque une sensation de flot, mais dans la majorité des cas on la trouve dure et ferme.

La perception d'un bruit de souffle au niveau de la tumeur a été signalée à plusieurs reprises. Langstoff, cité par M. Lecorché, aurait constaté des pulsations artérielles appréciables à la main. Si l'on s'en rapporte aux auteurs les plus récents, Bristow aurait observé le même phénomène il y a trente ans, et aurait mentionné le fait dans le *Med. Times and Gaz.* (1854, II 395) ; malheureusement, il nous a été impossible de trouver le renseignement à la source indiquée. Ce souffle est intéressant à connaître,

(1) Neumann, th. Paris, 1873, p. 45.

parce que, mal interprété, il peut faire croire à l'existence de lésions vasculaires. Dans le cas de Ballard (1) le souffle était tellement manifeste que Bright, après avoir examiné le malade, diagnostiqua un anévrysme de l'artère rénale. Nous croyons devoir reproduire cette observation curieuse qui, du moins, à notre connaissance, n'a jamais été traduite en français jusqu'à ce jour.

Observation I.

Cancer encéphaloïde du rein. (Ballard, Trans. of path. sc., 1859.)

Cette pièce provient d'une dame, âgée de 70 ans, qui a longtemps habité l'Inde.

Elle a eu de nombreux enfants. Parmi ceux-ci, deux sont morts d'affections de mauvaise nature ; une fille âgée de 40 ans a été enlevée par un cancer de la langue ; un fils, ayant à peu près le même âge, a succombé après avoir supporté l'amputation de la jambe, affectée de tumeur maligne.

Pendant les deux premières années, la malade a souffert d'attaques fréquentes d'hématurie. L'urine a toujours été pâle, de densité faible, avec peu d'albumine, ordinairement transparente ; mais on y a trouvé quelquefois une abondante quantité de matière ressemblant au contenu d'un abcès scrofuleux et n'offrant point les caractères du cancer, ainsi qu'il résulte de l'examen histologique pratiqué par le Dr Hundfield Jones.

Un an avant la mort de la malade, on découvrit une tumeur de la région lombaire gauche. Celle-ci s'accrut progressivement. *On y perçut par l'auscultation un murmure artériel si net que le Dr Bright conclut à la possibilité d'un anévrysme de l'artère rénale.*

Dernièrement, l'hématurie cessa complètement. Les autres symptômes consistèrent en une douleur pénible au niveau de la tumeur, des mictions fréquentes avec sensation de brûlure au niveau de l'urèthre.

(1) Ballard, Trans. of path. sc., 1859.

Les forces de la malade diminuèrent graduellement et elle succomba à la suite d'un abondant épanchement pleural.

Autopsie. — La cavité du péritoine contenait une petite quantité de liquide.

A gauche, la surface de la séreuse était garnie de masses de cancer encéphaloïde et le méso-côlon descendant infiltré de matière cancéreuse.

On pouvait rapporter à cet organe la sensation de tumeur perçue pendant la vie.

Le côlon descendant était de cette façon fixée au rein gauche devenu aussi gros qu'une noix de coco.

L'intérieur du rein était occupé par une masse de matière cérébriforme à l'exception d'une étroite bande de la substance corticale.

La capsule pouvait être facilement séparée, et au-dessous d'elle la matière cancéreuse se montrait sous divers aspects : blanche et ferme, douce et pultacée, avec quelques portions fortement vascularisées, ressemblant à un fongus hématode.

La muqueuse de la vessie était congestionnée et de couleur pourprée.

L'utérus, dans sa partie postérieure, contenait une tumeur fibreuse de la grosseur d'une muscade, qu'on énucléa facilement.

Le foie était sain.

La cavité de la plèvre gauche contenait environ deux pintes (1 litre 14 centil.) de sérosité transparente teintée de sang; il y avait quelques points de matière encéphaloïde à la base du poumon gauche ainsi que sur la plèvre pariétale, et une masse d'environ deux pouces (5 centim. 1|2) de diamètre sur la tête des côtes inférieures.

Poumon gauche, fortement revenu sur lui-même.

Poumon droit, sain.

Cœur, remarquablement petit et flasque.

Dans le cas de Holmes, traduit par Abeille (1), le malade présentait tous les signes d'un anévrysme de l'aorte abdo-

(1) Holmes, Pulsating cancer of the kidney, Pathological Society, Lancet, 31 mai 1873

minale. La palpation laissait percevoir une large tumeur pulsatile occupant la fosse iliaque et la région lombaire du côté gauche. L'auscultation faisait entendre un bruit de souffle assez doux.

Nous verrons plus loin que la compression des vaisseaux de l'abdomen par le néoplasme peut amener différents accidents ; mais nous pouvons signaler dès à présent la dilatation souvent considérable du système veineux de la paroi du ventre. Ce phénomène, signalé dans la plupart des observations que nous relatons, était particulièrement remarquable chez notre malade de la Charité.

Les altérations urinaires peuvent être quantitatives et qualitatives.

Dans la plupart des cas, le chiffre des urines émises dans le nycthémère reste à peu près celui de l'état physiologique ; en général, le rein malade est suffisamment suppléé par l'organe resté sain. Si l'on n'a pas observé jusqu'à présent de polyurie, du moins la sychnurie, c'est-à-dire la fréquence des mictions, a été quelquefois signalée, quoiqu'il semble assez difficile d'en déterminer la cause. Gerhardt (1), dans le travail duquel on trouve la première mention de ces besoins fréquents d'uriner chez les malades atteints de cancer rénal, note en même temps la difficulté d'expulsion des urines, et ajoute que dans certains cas la strangurie devient telle qu'elle rend le cathétérisme nécessaire.

Plus souvent il est possible de constater un abaissement réel du taux de l'urine émise. Cette diminution, niée cependant par quelques auteurs, peut même devenir considérable. Il n'est pas extraordinaire de la voir descendre et se maintenir à 500 grammes pour les vingt-quatre heures.

(1) Cf. Labadie-Lagrave. Loco citato.

On trouvera des exemples d'oligurie dans les observations V et VI de la thèse d'Abeille (1).

M. Labadie-Lagrave (2) signale même « l'anurie complète due à l'obstruction de l'uretère ou du col de la vessie par de la fibrine coagulée ou de la matière cancéreuse ». Mais cet incident n'est jamais que de courte durée.

L'hématurie est souvent le premier indice du carcinome rénal qui peut même quelquefois ne se manifester cliniquement que par cet unique symptôme. Dans un cas remarquable, présenté en 1871 à la Société anatomique par MM. Coyne et Troisier, la présence de sang dans les urines chez un sujet cachectique fut le seul signe observé depuis le début de l'affection jusqu'à la mort du malade. Les hématuries peuvent être persistantes comme dans l'observation du professeur Jaccoud (3). Quelquefois elles se montrent à la période initiale pour disparaître sans retour ; ou bien elles peuvent n'être qu'un phénomène ultime : dans le fait de Towsend, le pissement de sang (4) ne survint que trois jours avant la mort. Ordinairement elles sont intermittentes et se montrent pendant toute la période d'état du mal à intervalles aussi peu réguliers que possible. Rappelons ici que l'hémorrhagie rénale, dans le cancer, ne reconnaît pas toujours la même cause. Tantôt elle est le résultat d'une irritation violente simplement provoquée par la néoplasie dans les tissus qui l'environnent ; tantôt elle est la conséquence de la dégénérescence cancéreuse des papilles, du bassinet, des calices. Comme causes occasionnelles d'hématuries chez un malade prédisposé par le fait de l'affection rénale, on a cité les chutes, les coups

(1) Abeille, thèse Paris, 1883.
(2) Labadie-Lagrave, art. Rein, Dict. Jaccoud, t. XXXI, p. 41.
(3) Jaccoud, Bull. de la Soc. anat., 1858, p. 197.
(4) Towsend, Dublin Quart. Journal, 1868.

portes sur les lombes (1). L'urine peut être franchement sanglante ou présenter seulement l'aspect de la lavure de chair. Parfois il faut recourir à l'examen microscopique pour affirmer l'hémorrhagie. Quoique le sang soit habituellement liquide, il est possible de ne le trouver que sous formes de caillots, de cylindres moulés sur l'uretère. D'après l'observation du Dr Girard (2) à l'Hôtel-Dieu de Marseille, des cylindres de sang coagulé, du volume d'une plume d'oie, très effilés à leurs extrémités et mesurant environ 25 millimètres, furent trouvés plusieurs fois dans les urines du malade.

L'examen micrographique des sédiments urinaires permet souvent d'y reconnaître des cellules épithéliales, parfois même du pus, lorsqu'il y a complication de pyélite. D'après M. Labadie-Lagrave, en certaines circonstances, le microscope aurait fait découvrir, dans le dépôt de l'urine, des détritus de la néoplasie carcinomateuse.

L'analyse chimique ne décèle habituellement la présence d'albumine dans l'urine qu'en cas d'hématurie. Pourtant, comme dans les faits de Roberts, même en l'absence de toute hémorrhagie rénale, il peut y avoir albuminurie réelle « due à l'inflammation parenchymateuse concomitante, soit du rein cancéreux, soit de son congénère » (3).

Les douleurs, quand elles existent, se font sentir le plus souvent dans la région lombaire du côté malade ; mais il n'est pas rare d'entendre le malade se plaindre d'irradiations, soit dans les espaces intercostaux, soit dans les membres inférieurs, soit vers les testicules.

(1) Manzolini, in Schmidts Jarbuch., Bd. LXXXXIV, p. 74. Brinton, British Med. Journal, 1857. Cancer du rein, par Quenu, Bulletins de la Soc. anat., 4e sér., t. III, v. 8, p. 436, oct. 1878.

(2) Girard, th. Abeille, p. 54.

(3) Roberts, loc. cit., p. 444, Cancer of the kidney.

D'après Neumann, les irradiations testiculaires ne s'accompagnent jamais de rétraction de l'organe comme dans la myélite. Les souffrances sont très variables dans leur intensité, et sans aucun rapport avec le volume de la tumeur rénale ; elles peuvent aller d'une simple sensation de pesanteur aux crises les plus violentes. La pression, les mouvements ont été signalés comme causes occasionnelles de ces exacerbations douloureuses.

Les symptômes que nous avons décrits jusqu'ici sont propres à la néoplasie rénale ; mais, tôt ou tard, ils s'accompagnent des phénomènes communs à toutes les tumeurs malignes. Les fonctions digestives languissent ; cependant l'anorexie n'est pas constante, puisque Roberts a noté quatre fois chez des sujets atteints de cancer du rein un appétit difficile à satisfaire. Il y a souvent alternatives de constipation et de diarrhée, mais, à la période ultime, la diarrhée devient continuelle.

Les malades maigrissent et pâlissent, la peau devient sèche et terreuse ; mais, quoi qu'ait dit Rayer, le teint jaune-paille, si commun dans les affections cancéreuses, paraît faire ici assez souvent défaut ; plusieurs auteurs ont remarqué ce détail, et nous avons pu le constater nous-même.

Le pouls reste normal ou se ralentit. La respiration devient souvent gênée dans la dernière période : cette dyspnée semble être principalement causée par le développement de la tumeur qui entrave le jeu du diaphragme.

Enfin les membres inférieurs s'infiltrent, et parfois une hydropisie générale, suite de la cachexie cancéreuse et des hématuries répétées, se déclare et présage la mort.

La perturbation de l'état général peut se faire sentir avant que l'affection du rein se soit manifestée par le

moindre symptôme. Quelquefois, au contraire, la cachexie n'apparaît que fort tard. D'après M. Labadie-Lagrave, chez les enfants et les vieillards, la nutrition serait plus rapidement compromise.

L'observation suivante, que nous devons à l'obligeance de M. Hartmann, est un bel exemple de cancer rénal.

Observation II (inédite).

Due à M. Hartmann, interne des hôpitaux.

Le nommé D....., charcutier, âgé de 65 ans, entre le 24 juillet 1883, salle Jarjavay, n° 15.

Il y a trois ans, sans cause connue, ce malade commença à éprouver des troubles du côté des voies urinaires. Il était pris d'envies d'uriner, essayait en vain de le faire à plusieurs reprises, puis tout à coup la miction se faisait. Après expulsion de petits caillots de sang par la verge, l'urine s'écoulait jaune et limpide, avec son aspect normal. Les mêmes phénomènes se reproduisaient tous les jours ou tous les deux jours, mais par moments seulement.

L'influence du repos ou du mouvement sur leur apparition était nulle. Cet état dura cinq ou six mois. Au bout de ce temps, il eut, dit-il, une forte inflammation vésicale ; il souffrait après avoir uriné, sentait comme des lames de couteau dans la verge. La douleur devint continue, très vive, persistait nuit et jour.

Enfin, il fut obligé de garder le lit. Les urines étaient toujours claires, d'apparence normale.

Il y a un an, après des alternatives d'amélioration et de rechute, il se mit au régime lacté et suivit un traitement qu'il ne se rappelle plus ; au bout d'une dizaine de jours, les douleurs disparurent.

Il y a sept ou huit mois, les membres inférieurs enflèrent en deux jours dans leur totalité.

Cette tuméfaction disparut peu à peu, en trois mois, par l'administration de diurétiques. Il put reprendre son travail, quoique

sans beaucoup de forces. Depuis cette époque, il est toujours resté dans le même état; affaibli, anéanti, découragé.

Il y a trois mois, il s'est aperçu par hasard que le côté droit du ventre était dur, et il y constata la présence d'une tumeur plus petite que le poing, mais qui depuis, a toujours grossi graduellement. Jamais de douleurs. Quelquefois il lui semble que la tumeur remonte vers l'estomac et que la respiration s'en trouve gênée. L'appétit est perdu depuis trois ou quatre mois; il ne mange presque plus. L'amaigrissement fait des progrès considérables. Déjà, autrefois, au moment des hématuries, il avait paraît-il, maigri, mais depuis, l'embonpoint était revenu en partie.

Le père est mort d'une maladie inconnue, ayant duré deux ans; la mère, d'une tumeur volumineuse de la cuisse ; une sœur a succombé, vers l'âge de 16 ans, à une fièvre typhoïde; tous les autres frères et sœurs sont actuellement bien portants.

Le malade a eu deux enfants, dont l'un est mort accidentellement à l'âge de 15 jours, l'autre est actuellement vivant et bien portant.

D... n'a jamais eu de maladie grave ni d'affection vénérienne. Il porte deux hernies inguinales.

Celle de gauche existe depuis l'âge de 22 ans, celle du côté droit date d'une dizaine d'années.

Etat actuel. — Ventre asymétrique, développé du côté droit, où la paroi qui ne présente aucune altération, à part une légère dilatation veineuse sous-cutanée, semble soulevée par une tumeur arrondie, qui se voit particulièrement au niveau du flanc droit. Au palper, on constate que la tumeur dure, un peu rénitente par places, particulièrement à la partie antérieure, est de forme générale arrondie, un peu lobulée, complètement indolente spontanément et à la pression, du volume d'une tête de fœtus à terme. Elle occupe la partie droite de la région ombilicale, la totalité du flanc droit, s'avançant jusqu'à la limite des régions épigastrique et iliaque, et paraissant formée d'un gros lobe en avant et de deux autres lobes latéraux.

La tumeur est mobile en totalité : on se la transmet très facilement de la région lombaire à la partie antérieure ; elle est aussi mobile latéralement. A la percussion, matité dans toute l'étendue de la tumeur, mais, matité incomplète comme si quelque anse intestinale se trouvait étalée au-devant d'elle. Sur la ligne mamelonnaire, submatité hépatique commençant à 3 centimètres au-des-

sous du mamelon; matité à 6 centimètres s'étendant sur une longueur de 18 centimètres, un peu interrompue cependant au niveau du rebord costal, où l'on trouve une légère sonorité formant une zone qui sépare la matité de la tumeur de celle du foie. Dans le sens horizontal, submatité immédiatement à droite de l'ombilic; à un travers de doigt en dehors, matité qui s'étend sur toute la tumeur jusque et y compris la partie la plus reculée du flanc droit. En arrière, le flanc gauche est sonore. La tumeur semble présenter approximativement 17 centimètres d'épaisseur et 15 centimètres de haut en bas.

Pas d'ascite appréciable. Pas de varicocèle à gauche. Varicocèle à droite; le malade dit que depuis l'âge de 13 ou 14 ans, le testicule droit était plus gros.

Très léger œdème des pieds. Quelques taches de purpura sénile à la partie antérieure de la poitrine.

Etat général satisfaisant; mais la température *axillaire*, prise matin et soir, oscille entre 37° et 37°,5.

27 juillet. — Même état. L'examen des urines donne les résultats suivants :

Quantités émises dans les vingt-quatre heures : 1,300 gr.;
Couleur, jaune foncé;
Aspect légèrement trouble;
Densité, 1,015;
Réaction, acide;
Sucre, néant;
Albumine, traces;
Urée, 15 gr. 7 par litre; poids total : 20 gr. 41;
Acide phosphorique, 1 gr. 041 par litre; 1 gr. 350 au total.

Le 29. Examen du malade par MM. Terrier, Berger, Perier et Lucas-Championnière. L'opération de la néphrectomie est décidée. A la suite de la consultation le malade a un accès de fièvre; soir 38°; lendemain matin 38°,6 ; puis la température retombe.

Le 31. Néphrectomie.

La tumeur pèse 1,590 grammes, sa forme est arrondie; elle est composée de plusieurs gros lobes offrant une consistance dure, mais rénitente et élastique par places. L'incision laisse exsuder une certaine quantité de suc. Tout le tissu rénal a disparu ; on n'a qu'une tumeur formée d'une masse de consistance charnue, parcourue par des travées fibreuses plus grises, plus résistantes que le

reste du néoplasme. Entre ces tractus la masse générale fait légèrement saillie. En plusieurs points, dans des espèces de capsules fibreuses, on trouve enchatonnées des masses plus ou moins sphériques de couleur jaunâtre, offrant un aspect caséeux.

Le bassinet et les calices forment une vaste poche dilatée. On trouve dans l'intérieur des calices une masse cancéreuse du volume du pouce, offrant l'aspect général de la tumeur et s'avançant dans le bassinet qui est obstrué par elle.

Le suc, examiné au microscope, contient de nombreux globules sanguins, des leucocytes d'aspect granuleux et des cellules épithéliales en grand nombre. Ces cellules de formes diverses se colorent bien par le carmin. Elles ont un contenu granuleux, et présentent, pour la plupart, deux noyaux.

Les parties charnues dissociées dans le picro-carminate d'ammoniaque, présentent de grandes cellules à protoplasma jaunâtre, à noyau fortement coloré en rouge; des cellules plus petites, arrondies, granuleuses, et enfin des granulations libres.

(La partie descriptive nous intéressant seule ici, nous ne croyons pas devoir reproduire les notes pourtant si complètes et si instructives de M. Hartmann sur l'opération.)

1er août. Le matin, le malade se trouve bien; il accuse seulement quelques douleurs dans la région lombaire. Il a rendu 1,400 gr. d'urines un peu foncées (ac. phén.). Glace; champagne; eau de Seltz.

Le soir, même état. Il a eu dans l'après-midi une sensation d'étouffement qui a duré quelques instants, l'a vivement inquiété et a été suivie de quelques nausées. Une piqûre faite avec le quart d'une seringue de morphine l'a immédiatement calmé.

Le 2. La voix est un peu faible. Le malade n'a pas rendu de gaz par l'anus; il se plaint de souffrir un peu du ventre; il a eu quelques aigreurs; cependant il se trouve assez bien. Dans l'après-midi, ayant pris un peu de lait, il a de nouveau une sensation d'étouffement qui ne dure que quelques instants; il se plaint de quelques aigreurs et se sent un peu affaibli. La langue est sèche.

Le 3. La voix est éteinte; le nez, les extrémités sont froids et légèrement violacés. Le facies est grippé. Un pli fait à la paume de la main reste marqué. Le ventre est un peu ballonné. Rétention d'urine. Cathétérisme. Le pouls est faible. La langue est toujours

sèche ; le malade se plaint d'aigreurs, il a eu pendant la nuit des hoquets à plusieurs reprises.

Le soir, le pouls est très petit, le facies s'altère de plus en plus. Un lavement administré à midi, n'a produit aucun effet. Le cathétérisme ne donne que quelques gouttes d'urine.

Dans la nuit, le malade est pris de délire, le pouls devient insensible; deux injections d'éther.

Le 4. Cathétérisme à deux heures du matin; urines albumineuses contenant quelques cellules épithéliales, des globules sanguins et un assez grand nombre de leucocytes, à contenu granuleux; depuis hier, il n'y a eu que 60 grammes d'urine émise.

Mort à sept heures du matin.

Autopsie. — La plaie est exactement réunie dans toute son étendue par de la lymphe plastique, facile à déchirer en tirant sur les bords. On trouve un peu de sang à la surface de l'épiploon qui est ramassé au-dessous de la suture en haut et un peu à droite.

Une anse d'intestin grêle adhère au côté droit de la suture. L'intestin est distendu et vascularisé; congestion modérée, plus intense du côté droit que du côté gauche. Pas de fausses membranes. Le bassin contient la valeur d'un verre à liqueur de sérosité sanguinolente.

Le côlon ascendant est très congestionné. Tout l'intestin est distendu par des gaz.

Immédiatement en arrière et au-dessus de l'angle du côlon, est un paquet de fausses membranes. En incisant le carré des lombes, en arrière, on tombe dans le foyer sous-péritonéal, contenant quelques caillots sanguins. Rien dans les ganglions du mésentère, ni dans les ganglions prévertébraux.

Le rein gauche pèse 788 grammes.

La rate, l'estomac sont sains.

Emphysème du bord antérieur et du sommet des poumons. Œdème pulmonaire considérable; les anses sont congestionnées; pas de noyaux apoplectiques.

A la surface des poumons, sous les plèvres, on voit irrégulièrement disséminés en petit nombre des granulations grisâtres, dures, de la grosseur d'une tête d'épingle. Pas de granulations dans l'épaisseur du parenchyme.

Plaques graisseuses d'athérome sur les valvules du cœur.

Complications.

Des complications nombreuses de nature et de gravité bien diverses peuvent se manifester dans le cours du cancer rénal. Aussi, leurs conséquences cliniques sont-elles capables de masquer ou de défigurer de mille façons son type ordinaire et classique. Les variétés qui en résultent présentent trop d'intérêt pour que nous n'y insistions pas longuement.

I.

Si l'on réfléchit aux rapports qu'affectent les reins avec les organes contenus dans la cavité de l'abdomen, on peut aisément concevoir que toute augmentation de volume de l'organe, quelle qu'en soit du reste la cause, provoquera par compression directe ou indirecte toute une série de phénomènes de même ordre, bien que très dissemblables en apparence.

En comprimant un segment de l'intestin, le néoplasme rénal peut donner lieu à une *constipation opiniâtre*. Lorsque le cancer comprime le duodénum, il se fait consécutivement une *dilatation stomacale*.

Des *vomissements incoercibles* auraient été constatés (Labadie-Lagrave, Abeille) ; mais nulle part nous n'avons pu trouver l'exemple d'une occlusion complète. Dans l'observation suivante, que nous tirons du livre de Rayer, un cancer du rein droit avait perforé la paroi du duodénum.

Observation III.

Cancer du rein droit qui s'est fait jour dans la cavité du duodénum ; cancer du foie, du poumon, etc. (Observation communiquée par M. Giraldès.)

Verveine, âgé de 76 ans, entra à l'infirmerie de Bicêtre le 7 août 1831. Depuis deux mois, il vomissait des matières verdâtres, et il avait retardé le plus possible son entrée à l'infirmerie. Les vomissements étaient continuels, il y avait du hoquet; le ventre était ballonné. Les vomissements, très abondants et continuels, fournissaient du liquide verdâtre porracé; le pouls était petit, fréquent; la peau sèche: traits de la face tirés (eau de seltz et deux lavements purgatifs). Le 9, les vomissements sont plus fréquents, le hoquet continuel; les matières vomies sont verdâtres (potion antiémétique de Rivière). Mort le 11 à six heures du matin.

Autopsie du cadavre. — *Poitrine.* — Les poumons, engoués postérieurement, adhèrent au sommet de la poitrine. Au sommet du poumon gauche, de petites masses de matière encéphaloïde, les unes ramollies, les autres à l'état cru, présentent à la coupe une surface blanche, compacte comme la section d'un navet; à la base du poumon, il existe aussi de semblables noyaux cancéreux; le cœur a un petit volume.

Abdomen. — L'estomac, énormément distendu, occupe tout l'hypochondre gauche et la région ombilicale. Il contenait une grande quantité de liquide verdâtre semblable à celui que le malade avait rendu pendant la vie.

Le *foie*, peu volumineux, présentait une grande quantité de dépôts de matière encéphaloïde à différents états. A droite de la colonne vertébrale existait une tumeur assez volumineuse, entourée par le côlon transverse, le côlon descendant et le cæcum. Cette tumeur, formée par le rein, s'étendait en bas jusqu'à la symphyse sacro-iliaque, en dedans jusqu'au milieu de la colonne vertébrale, de manière à repousser la portion verticale du duodénum et à rapprocher les parois de cet intestin. Dans l'intérieur du duodénum existait une tumeur, et c'était une portion du rein malade qui avait ulcéré et perforé l'intestin. Dans la portion inférieure du rein complètement désorganisée, la substance corticale avait disparu.

A l'aide de différentes coupes faites dans l'épaisseur de la tumeur, on y distingue de petits épanchements de sang, des caillots dans des débris de la substance corticale, un tissu jaunâtre tout à fait aréolaire, et dont les cellules étaient remplies de sang. La portion de la tumeur qui proéminait dans la cavité du duodénum était jaunâtre et ramollie. L'utérus était sain.

Le rein du côté opposé était un peu gorgé de sang.

Le cancer du rein droit peut, quoique plus rarement que celui du pancréas, déterminer par compression et oblitération plus ou moins complète des voies biliaires un *ictère persistant*. Cette jaunisse est d'autant plus capable d'égarer le diagnostic qu'elle est plus étrangère au processus de l'affection. Monti a rapporté, il y a quelques années, un beau cas de cancer du rein droit, suivi d'occlusion du canal cholédoque (1), et, consécutivement, d'un ictère chronique.

L'œdème des membres inférieurs, qu'il n'est pas rare d'observer dans le cours du cancer du rein, peut être le résultat de mécanismes bien divers. Souvent il a simplement pour cause la compression des veines par la tumeur. On trouve cet accident signalé à plusieurs reprises dans l'ouvrage de Rayer. Nous donnons ici, comme exemple, la traduction de l'observation publiée par Thorowgood dans le Medic. Times and Gaz., 1868.

Observation IV.

Cas de tumeur maligne des reins, par John C. Thorowgood, aide-médecin à l'hôpital Victoria-Park, Med. Times and Gaz., 7 nov. 1868.

Le révérend A. B..., âgé de 45 ans, vint me trouver au printemps de l'année dernière, se plaignant d'une dyspnée tenace; l'ap-

(1) Monti, Gerhardt's Handbuch der Kinderkr., Bd. IV, 1878.

pétit était conservé, mais le malade ressentait une vive douleur accompagnée de ballonnement deux heures après les repas. La nourriture n'était point rejetée. La langue était propre, mais rayée transversalement. Constipation, urine claire. Pouls à 80; sommeil ordinairement calme.

Mis au traitement, le malade s'est trouvé bien du bismuth que lui prescrivit pendant quelque mois le Dr Carr de Blackheath.

Il s'inquiète aujourd'hui de l'amaigrissement persistant qu'il subit, ainsi que d'une pesanteur continuelle qu'il ressent dans la région lombaire, et dont il ne se débarrasse que par une rectitude exagérée du corps.

Sa face est pâle, inquiète, d'aspect cachectique.

J'apprends de lui que sa mère est morte d'un cancer de l'estomac.

Quant au bout de deux ou trois semaines je m'aperçus qu'il n'y avait aucune amélioration persistante, je fus confirmé dans l'idée qu'il devait s'agir là d'une chose beaucoup plus grave qu'une dyspepsie, et j'examinai avec le plus grand soin le thorax et l'abdomen; mais je n'y rencontrai ni sensibilité, ni quoi que ce soit d'analogue à une tumeur.

J'examinai aussi l'urine et la trouvai claire et acide. Le trouble déterminé par l'ébullition disparaissait par l'addition d'acide nitrique.

Au microscope pourtant, je constatai un ou deux corpuscules que je pris pour des globules de sang. L'examen ne décela pas d'oxalate.

La région était le siège d'une douleur très accentuée, comme celle de la colique néphrétique, mais sans rétraction du testicule.

Cette douleur se calmait sous l'influence des opiacés, le patient pouvait alors quitter son lit et marcher.

Le 13 avril, je montrai le malade à sir T. Watson, qui examina avec beaucoup de soin l'abdomen. Il trouva dans le flanc gauche une masse qu'il rapporta à une anse intestinale engouée depuis quelque temps, et qui, d'après lui, devait disparaître après une bonne purgation.

En même temps, nous examinâmes à nouveau l'urine. Densité 1015. Pas d'albumine ni de sédiments.

Prescriptions : acide nitromuriatique avec acide hydrocyanique dilué.

Prise pendant quelque temps, cette médication apporta du soulagement aux symptômes dyspeptiques.

12 mai. Je fus appelé auprès du malade à l'occasion d'une hématurie. L'urine était un peu trouble, contenant de l'albumine, et montrant au microscope de grandes quantités de corpuscules de sang.

Cet accident terminé, le malade s'en alla au bord de la mer où il suivit la nouvelle prescription (digitale et fer) que lui donna sir T. Watson, consulté à ma demande avant le départ.

Il revint de son séjour à la mer beaucoup plus faible, pouvant à peine se tenir debout et ayant un *œdème considérable des jambes.*

20 juillet. Urine claire, pas d'albumine. Densité 1014. Deux jours après, grande douleur et écoulement sanguin.

Vers cette époque, je l'examinai conjointement avec le Dr Collet (de Worthing), et nous constatâmes tous deux dans l'abdomen l'existence d'une masse pesante, semblant provenir de la colonne lombaire, fixe et assez dure; nous observâmes aussi une induration des ganglions inguinaux. Le malade éprouvait une grande difficulté à *remuer les jambes, très gonflées et à peu près paralysées.*

En même temps, il fut examiné par le Dr Carr. Celui-ci conclut à une maladie de mauvaise nature qu'il avait depuis longtemps soupçonnée.

Le 4 août le malade succomba, et, grâce au zèle et à la discrétion du Dr Carr, nous eûmes l'autorisation d'ouvrir l'abdomen. Ce faisant, le 6 août, nous trouvâmes une masse de cancer encéphaloïde développé sur la colonne lombaire et envahissant les deux reins.

L'un (celui de droite) contenait des kystes pleins de liquide sanguin.

Tous deux étaient très augmentés de volume et présentaient le cancer encéphaloïde à tous ses degrés successifs.

Estomac, foie et intestins sains; le thorax n'a pas été examiné, et nous n'avons pas poussé plus loin la dissection de l'origine de la masse cancéreuse.

Ce cas m'a semblé mériter d'être noté, car il a ressemblé, à un

certain moment, à un cas de mal de Bright, et, parfois, les symptômes ont été ceux d'un calcul rénal. Il est vrai que le rein contenait quelques points pleins de gravier, mais rien de ce qui mérite le nom de calcul. J'avais, dès le début, pressenti une tumeur de mauvaise nature et peu de chances de guérison.

L'ascite est une complication rare, et c'est à peine si les auteurs la mentionnent. Nous n'avons trouvé, comme exemple, que l'observation suivante dont nous sommes redevables à M. Malibran. Dans ce fait curieux, l'épanchement peritonéal était pour ainsi dire le seul symptôme, et le diagnostic du cancer rénal ne fut fait qu'a l'autopsie.

Observation V (inédite).

Ascite. Etat cachectique. Cancer du rein gauche. (Obs. résumée de M. Malibran, interne des hôpitaux).

J..., entre au mois de septembre 1883, salle Saint-Jérôme, n° 29, service de M. Jaccoud, suppléé par M. Danlos.

Le malade, maigre, jaunâtre, se présente avec l'aspect le plus cachectique. La peau est ridée, les deux membres inférieurs sont enflés et l'œdème s'étend jusqu'aux parois du ventre. On constate l'existence d'une ascite assez considérable pour rendre impossible l'exploration des viscères abdominaux.

Le malade dit que depuis plusieurs mois il a perdu tout appétit, mais il ne se rappelle pas avoir eu de vomissements. Il n'accuse de douleurs en aucun point du corps et n'a jamais souffert. L'auscultation, la percussion ne révèlent quoi que ce soit d'insolite au cœur ni dans les poumons. Les selles ont toujours été régulières et normales ; il n'y a jamais eu de désordres urinaires.

Les progrès de l'épanchement péritonéal nécessitent une ponction, qui donne issue à 6 ou 8 litres d'un liquide clair, jaunâtre, assez transparent. La palpation du ventre, faite aussitôt après l'opération, ne donne aucun résultat.

Les dimensions du foie semblent plutôt au-dessous de la moyenne ; la rate paraît avoir gardé sa forme et ses dimensions

ordinaires. Ainsi l'on se trouve en face d'un état cachectique manifeste sans aucune localisation morbide. Le diagnostic de cancer s'impose, mais le siège ne peut en être précisé; on soupçonne un cancer de l'estomac ou de l'intestin.

En quelques jours, l'ascite se reproduit et reprend rapidement les proportions qu'elle présentait avant la ponction. Le malade s'affaiblit de plus en plus et meurt le 27 septembre.

Autopsie. — Le cœur et les poumons sont absolument sains. L'ouverture de l'abdomen permet de constater les traces d'une péritonite subaiguë très étendue, surtout du côté gauche. Pas de noyaux cancéreux; pas d'épanchement hémorrhagique.

L'estomac est parfaitement intact; sa muqueuse est indemne et ne présente ni tumeur, ni ulcération; il en est de même du tube intestinal sur toute son étendue. Le foie est exempt de toute altération; la rate a gardé son aspect ordinaire. Le rein droit n'offre aucune lésion.

A la place du rein gauche est une tumeur d'un volume relativement considérable, mesurant plus de 20 centimètres de diamètre; sa surface est bosselée en plusieurs points. L'examen histologique ne laisse aucun doute sur la nature encéphaloïde des lésions.

Les *irradiations douloureuses*, qu'il n'est pas rare d'observer le long des nerfs intercostaux, lombaires, cruraux et sciatiques, sont dues le plus souvent à la compression directe ou indirecte des troncs nerveux par la tumeur rénale.

Quelquefois, le néoplasme applique l'une sur l'autre les deux parois de l'uretère. La douleur qui résulte de cette compression du canal peut simuler d'une façon complète un accès de colique néphrétique. La confusion est d'autant plus facile que le cancer du rein et la lithiase coexistent assez souvent.

Le refoulement de bas en haut du diaphragme retentira naturellement sur les organes intrathoraciques.

II.

La plupart des phénomènes cliniques, que nous venons de mentionner en les rapportant à la compression des organes, peuvent reconnaître une pathogénie bien différente. En effet, le cancer en se développant ne se contente pas d'agir mécaniquement sur les tissus qui l'environnent : peu à peu il les envahit, les englobe, s'en empare, et détermine ainsi par propagation toute une série d'altérations secondaires pouvant troubler plus ou moins profondément la marche des événements.

Réservant la question des dégénérescences dues à l'infection générale, nous bornons notre étude aux lésions de contiguïté et aux complications qu'elles amènent.

Les veines émulgentes sont particulièrement atteintes ; du reste, l'extension peut se faire jusqu'aux veines cave, iliaques, azygos et crurales. Tout d'abord, les parois de la veine augmentent d'épaisseur ; puis le cancer se développe dans les tuniques externe et moyenne, et finalement pénètre dans la cavité des vaisseaux. Il en résulte des thromboses plus ou moins étendues, parfois des embolies. Gintrac (1), Lebert (2), Rayer ont rapporté des cas d'obstruction veineuse par propagation du cancer. L'observation suivante, présentée par M. Laboulbène à la Société de biologie, est un des plus beaux exemples de cancer rénal avec caillot encéphaloïde de la veine rénale et de la veine cave inférieure.

(1) Gintrac, Mém. et obs. de méd. clin. et d'anat. pat., Bordeaux, 1830, p 109.

(2) Lebert, Traité d'anat. pathol., Paris, 1855, t. II, Traité pratique des maladies cancéreuses, 1851.

Observation VI.

Cancer du rein gauche : tumeur rénale ; hématurie habituelle ; caillot encéphaloïde dans la veine cave et la veine rénale gauche. (Laboulbène, Mém. de la Soc. de biologie, 1855, 2e série, t. II, p. 51).

Il s'agit d'une femme de 62 ans, qui a succombé dans le service de M. Rayer, salle Saint-Basile, n° 21.

A l'époque où elle est entrée à l'hôpital, le 18 février 1855, elle souffrait depuis plusieurs mois, dans le côté gauche du ventre ; elle avait une teinte jaunâtre, cachectique, une anasarque et une ascite très prononcées.

On sentait dans le côté gauche de l'abdomen une tumeur un peu mobile, légèrement douloureuse à la pression. L'urine était trouble, sanguinolente ; l'appétit encore bien conservé. Peu de douleurs rénales spontanées. L'embonpoint avait été autrefois très considérable chez cette malade et avait diminué chez elle au moment où l'anasarque était survenue.

Depuis son entrée, on a souvent reconnu l'augmentation lente mais évidente de la tumeur. L'urine s'est montrée parfois bourbeuse, parfois semblable à de la lavure de chair, suivant qu'on avait sous les yeux l'urine de différentes émissions. On y a constaté, à diverses reprises, avec le microscope, des globules sanguins et des dépôts fibrineux.

L'anasarque s'est accrue, l'enflure a envahi les parties supérieures du tronc, les jambes et surtout le membre pelvien gauche étaient énormement distendus. Peu de fièvre jusqu'au dernier moment.

Sur les instances de la malade, on a pratiqué tous les deux jours 6 piqûres avec une aiguille ordinaire et il s'est écoulé alors une quantité de sérosité suffisante pour amener du soulagement. La mort est arrivée le 29 mars, à six heures du matin, après une longue agonie.

A *l'autopsie*, pratiquée vingt-huit heures après la mort, il s'écoule une grande quantité de sérosité abdominale.

Les intestins sont brunâtres et revêtus d'une mince couche pseudo-membraneuse ardoisée.

La tumeur gauche rénale est enveloppée de ganglions cancéreux,

surtout à sa partie interne; elle est bosselée, mais conserve encore l'apparence d'un rein énorme.

Débarrassée de la gangue où elle était plongée, on trouve que la membrane extérieure propre est très épaisse et on a beaucoup de peine à la décortiquer. Après l'enlèvement de cette membrane, la substance rénale se montre parsemée de mamelons de diverses couleurs, blanchâtres, rosés, violacés, se déchirant avec facilité et adhérant à la membrane extérieure. Après la déchirure, ils fournissent une sorte de bouillie qui s'écoule semblable à du vermillon ou à de la lie de vin épaissie. Le réseau vasculaire extérieur est très développé, surtout autour de ces mamelons. Les ganglions extérieurs sont aussi très vascularisés. La plupart sont bosselés et remplis de matière encéphaloïde.

A la coupe, on trouve tout le tissu du rein transformé en une substance encéphaloïde, ressemblant à une éponge criblée de trous et de cavernes. Celles-ci sont remplies d'une pulpe rosée, rougeâtre et lie de vin. On remarque, en divers endroits, des caillots fibrineux à divers degrés de décoloration ; il en existe de récents et de violacés.

En quelques points seulement on aperçoit la substance propre du rein encore reconnaissable, mais très injectée au voisinage des excavations, anémiée, pâlie dans les endroits où elle est isolée.

On remarque enfin, autour de plusieurs des vacuoles ou des trous signalés plus haut, une matière jaunâtre qui n'était autre que l'encéphaloïde à l'état de crudité.

Les recherches faites pour reconnaître s'il existait des perforations vasculaires veineuses pour la matière encéphaloïde ne nous ont pas donné de résultats certains. Il est néanmoins probable que cette disposition existait, dans l'intérieur du rein pour les radicules de la veine rénale elle-même entourée de quelques ganglions cancéreux, mais nous n'avons pas vu le fait assez nettement pour l'affirmer, quoique, nous le répétons, la disposition des parties nous l'ait fait juger très probable en plusieurs endroits.

Le bassinet et les calices sont très épaissis, blanchâtres, pleins de détritus, lie de vin, bourbeux. Il existe un caillot fibrineux très considérable à la partie inférieure du bassinet, il adhère fortement en haut et en arrière dans un calice.

Sur le bassinet hypertrophié, on trouve encore à la partie inférieure l'aspect du cancer vésical ; il existe, en cet endroit, de très

petites élévations peu saillantes, irrégulières, une sorte de grain noir, gris, blanc et rougeâtre. On voit enfin encore un peu de substance tubuleuse et quelques mamelons, mais ils sont généralement peu visibles.

La veine rénale renferme dans toute son étendue un caillot mou, putrilagineux, violacé ou brunâtre ; les parois ne paraissent pas saines, elles sont irrégulièrement lacérées en quelques endroits, la veine cave elle-même, dans une partie limitée à la hauteur de la veine porte, renferme un caillot pareil, mais il devient en cet endroit ferme et obturant. En bas, la veine cave est oblitérée, ainsi que la veine iliaque gauche et la crurale gauche, par un caillot résistant, adhérant aux parois veineuses.

La longueur de ce rein gauche était de 22 centimètres, la largeur de 9 centim. 1/2, l'épaisseur d'environ 7 centimètres.

La substance renfermée dans les vacuoles, examinée au microscope par M. Davaine et par moi-même, est composée de noyaux cancéreux, gros, ovoïdes, réfractant fortement la lumière, à un ou deux nucléoles d'aspect graisseux. On a trouvé quelques rares cellules en certains points.

Le caillot de la veine rénale renfermait les éléments de la fibrine et des globules sanguins altérés.

Les caillots fermes et adhérents des autres veines étaient fibrineux sans matière cancéreuse.

Rein droit. — Le rein droit est gros, pâle, anémié. La tunique est épaissie et s'enlève avec un peu de difficulté. Il présente une substance corticale d'aspect ordinaire, mais plus pâle, sans étoiles veineuses. A la coupe, la substance tubuleuse est plus rouge que de coutume. Il existe un petit point blanc, opaque, semblable à un grain de semoule. Je l'ai examiné au microscope ; il était entièrement composé de granulations variables pour la grosseur, ayant entièrement l'aspect graisseux.

La longueur de ce rein était de 14 centimètres ; la largeur, de 7 centim. ; son épaisseur, de 4 centim. 1/2.

Le bassinet de ce rein droit était opaque, épaissi, arborisé.

Les urétères étaient sains des deux côtés ; celui du côté gauche n'offrait qu'à sa naissance, près du bassinet, l'aspect de cancer vésical déjà signalé.

La vessie était saine.

Le foie, très développé, était cirrhosé, et on trouvait, en quel-

ques endroits, des mamelons cancéreux, encéphaloïdes, reconnaissables à l'œil nu et vérifiés par l'examen microscopique. Les veines porte et sus-hépatiques étaient saines.

Les autres organes abdominaux et thoraciques ne m'ont rien offert digne d'être signalé.

Une paraplégie complète, survenant dans le cours d'un cancer rénal, est assurément un phénomène extraordinaire. Cependant la pathogénie de l'accident est facile à comprendre, si l'on pense à l'envahissement possible des vertèbres et à la compression consécutive de la moelle. Les douleurs que nous avons signalées comme conséquences de compressions nerveuses peuvent être également le résultat de l'envahissement des troncs nerveux par la dégénérescence cancéreuse.

Observation VII.

Présentée par M Cornil.

(Mémoires de l'Acad. de méd. 1865-1866.)

Hématuries et signes d'un cancer du rein. — Cachexie. — Paralysie avec abolition des mouvements réflexes. — Autopsie : carcinome telangiectode du rein gauche, des ganglions lymphatiques du mésentère et de la région sus-claviculaire gauche, des vaisseaux lymphatiques au poumon gauche, du corps des dernières vertèbres lombaires et de la dure-mère. Compression des nerfs de la queue de cheval. — Atrophie des nerfs sciatiques. — Dégénérescence granulo-graisseuse des muscles des extrémités inférieures.

Crochet (Joséphine), âgée de 33 ans, est couchée au n° 27 de la salle Sainte-Mathilde, hôpital Lariboisière, service de M. Hérard.

Née de parents actuellement vivants et bien portants, cette femme a eu deux enfants, dont l'un est mort à quatre ans d'une angine, et dont l'autre jouit d'une bonne santé. Jusqu'à sa dernière couche, qui eut lieu en 1852, elle n'a jamais été malade : neuf mois après cette couche, elle eut dans le ventre des douleurs qui durèrent environ un mois, puis disparurent. Il lui survint, il y a envi-

ron onze ans, des hémorrhoïdes qui se sont supprimées spontanément il y a deux ans. C'est au mois de juin 1863 que la malade fait remonter sa maladie actuelle.

Elle éprouva à ce moment un si grand affaiblissement qu'elle le rapporta d'abord à la fatigue que lui causait son travail, et quitta Paris au mois de juillet pour aller dans son pays, où elle resta jusqu'en octobre 1863. Pendant tout ce temps, elle fut tourmentée par une douleur siégeant dans la région lombaire gauche, avec sensation de tiraillement et irradiation vers la cuisse et le genou du même côté.

Au mois d'octobre 1863, la malade revint de son pays plus faible qu'elle n'était à son départ. Quarante-cinq jours après son retour, elle éprouvait des difficultés à uriner, et, en regardant ses urines, elle y vit quelques caillots sanguins. Ces accidents se reproduisirent les jours suivants, accompagnant les douleurs lombaires indiquées plus haut et qui persistaient.

Le 8 novembre. Il y eut une rétention d'urine complète, et l'on dut pratiquer deux fois le cathétérisme. Outre les caillots qu'elles contenaient fréquemment, les urines présentaient toujours une coloration rouge. Quoique la malade garde constamment le lit, l'appétit est assez bien conservé; les digestions sont faciles habituellement ; quelquefois seulement, la malade se plaint de coliques et de constipation. Les douleurs indiquées plus haut continuent à tourmenter la malade. Elles ont conservé pour siège principal le flanc et l'hypochondre gauches, en s'irradiant dans le membre inférieur du même côté. Elles sont continuelles.

A la palpation de l'abdomen, on sent le bord du rein gauche qui est le siège de la douleur; cette douleur se prolonge vers le bas-ventre en suivant le trajet de l'uretère.

La malade dit éprouver aux points correspondants de la partie postérieure du tronc une douleur semblable. Habituellement sourde et obtuse, cette douleur devient parfois fulgurante, surtout au moment de la miction. Les jambes n'ont jamais été enflées. La respiration est par moments un peu gênée.

La malade porte depuis deux ans, dans l'une des régions sus-claviculaires, une tumeur de la grosseur du poing, dure, élastique, un peu mamelonnée, indolente, et sur laquelle la peau se déplace aisément.

Les urines sont troubles, fortement coagulées par l'acide nitrique

et la chaleur. Lorsqu'on les laisse reposer, le tiers inférieur est rempli par un liquide opaque, muco-purulent, contenant des globules de pus, des corpuscules muqueux, des cellules épithéliales pavimenteuses et quelques corpuscules sanguins. A la surface de ce dépôt, c'est-à-dire à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de la hauteur du liquide, se trouve une mince couche de sang. L'examen des urines a été plusieurs fois répété sans qu'on y ait jamais trouvé de tubes ou de cylindres hyalins.

La malade sort pour quelque temps de l'hôpital.

Pendant le temps qu'elle passa chez elle, elle s'amaigrit et s'affaiblit rapidement.

Elle éprouva dans les genoux des douleurs, pour lesquelles on appliqua des vésicatoires sur les genoux mêmes. Elle eut, vers le 6 mars, ses règles qui durèrent environ quatre jours et furent suivies de fourmillements et de douleurs vives et profondes dans les jambes.

Rentrée dans la salle Sainte-Mathilde, le 25 mars 1864.

La malade présente une maigreur plus considérable qu'à l'époque de son précédent séjour. Cette maigreur, et probablement aussi l'extension qu'a prise la tumeur, permettent de sentir celle-ci énorme, lobulée, arrivant jusqu'à l'ombilic et remplissant toute la partie gauche de l'abdomen.

Les jambes sont paralysées complètement du mouvement ; la malade sent à peine un fort pincement. L'état des urines est le même que celui indiqué précédemment.

1er avril. La sensibilité de la jambe gauche est complètement abolie. Celle du membre inférieur droit l'est presque complètement aussi. De ce côté pourtant, la malade sent encore quand on la pince fortement, mais cette sensation n'est perçue que tardivement.

Le 4. En explorant par l'électricité, à l'aide de l'appareil à induction, les muscles des membres inférieurs, on peut obtenir des contractions assez fortes (quoique moins qu'à l'état normal) des muscles du côté droit. A gauche, quoique l'électrisation produise quelque douleur, on ne peut obtenir aucun mouvement.

On ne provoque aux deux extrémités inférieures de mouvements réflexes, ni par le pincement, ni par le chatouillement, ni par la pression.

Mort le 8 avril 1864.

Autopsie faite le 10 avril. — Le crâne et le cerveau ne présentent rien de particulier.

La moelle est de consistance normale dans toute son étendue, au moins à l'œil nu. Immédiatement au-dessous de son extrémité intérieure, les nerfs de la queue de cheval sont comprimés par une tumeur vasculaire et riche en suc laiteux, de la grosseur d'une noix, qui soulève la dure-mère et qui est attenante d'une part à la face externe de la dure-mère, et d'autre part au périoste du corps des vertèbres.

Les nerfs de la queue de cheval à ce niveau ont leur apparence normale.

Le nerf sciatique du côté gauche, enlevé, est visiblement plus petit et plus mou qu'un nerf sciatique normal. Examiné au microscope, il présente des tubes larges tout à fait normaux et des tubes minces en grand nombre. Ceux-ci sont parfois renflés de distance en distance comme les fibres du cerveau. Ils ont partout un double contour ; quelques granulations graisseuses se rencontrent çà et là, mais elles sont fort rares. Il n'y a pas de congestion. Les muscles de la jambe gauche présentent une coloration rougeâtre tirant sur la teinte feuille morte ; ils sont mous. Ils sont étudiés comparativement avec ceux de l'avant-bras du même côté : tandis que ces derniers montrent une structure bien normale et seulement des granulations extrêmement fines, transparentes et incolores, les muscles de la jambe présentent des granulations graisseuses en grand nombre, jaunes, réfringentes, et dissoutes par l'éther.

Ces granulations sont un peu pâlies par la soude, mais non par l'acide acétique. Les noyaux sont plus gros et plus nombreux que dans les muscles de l'avant-bras. Les stries transversales, dans les muscles de la jambe, ont presque partout disparu, tandis que les stries longitudinales sont conservées.

Au sacrum existe une eschare très étendue.

La tumeur de la région sus-claviculaire présente la même forme et a même structure à la coupe que les tumeurs formées par les ganglions mésentériques (voir ci-dessous). Elle est bosselée à sa surface, et partout isolable des tissus voisins.

Le péricarde est sain.

Le cœur est petit, d'ailleurs sans lésion.

Les plèvres ne contiennent pas de liquide et ne présentent pas

d'adhérences. La droite est saine, ainsi que le poumon du même côté.

La plèvre gauche présente à sa surface des figures polygonales dessinant les lobules secondaires. Ces lignes sont saillantes, dures, noueuses et renflées de distance en distance ; ce sont des vaisseaux lymphatiques remplis de tissu nouveau. Leur coloration est grisâtre, rosée ou jaunâtre. Par une section faite au niveau de l'une de ces lignes, on fait sortir d'une cavité vasculaire un contenu solide, riche en suc laiteux, et qui, examiné au microscope, se montre formé par des vaisseaux en très grand nombre, ramifiés en forme de bouquet, dilatés par places, surtout aux anses terminales, et gorgés de sang. Les vaisseaux sont entourés à leur périphérie par deux ou trois couches de cellules granuleuses très grosses (corpuscules de Gluge) contenant des granulations graisseuses. Les cellules qui composent le liquide laiteux sont des cellules épithéliales grosses, souvent vésiculeuses et contenant alors un ou plusieurs noyaux libres très volumineux. Outre cette lésion de ses vaisseaux lymphatiques, la plèvre présente des granulations cancéreuses, roses, grises ou jaunâtres. Les vaisseaux sanguins, artériels et veineux de cette membrane sont congestionnés, mais sa surface ne présente pas d'exsudation fibrineuse.

Le foie et l'intestin sont normaux; la rate est grosse et sans altération. L'utérus est gros et congestionné.

Après avoir enlevé ces viscères, on voit une tumeur bosselée énorme, sous-péritonéale, qui siège à gauche, dans les régions lombaire et hypochondriaque, et qui s'avance jusqu'à la ligne médiane.

Cette tumeur est formée par le rein gauche et par des ganglions lymphatiques qui ont le volume du poing. Ces ganglions ont une surface bosselée ; sur leur surface de section on voit une partie centrale de coloration jaunâtre qui présente de petites cavités ou de petits kystes limités par du tissu fibreux et remplis par un liquide visqueux, filant, muqueux et incolore. Leur partie périphérique est de coloration rosée ou rouge, formée par des îlots ayant un demi-centimètre à un centimètre et demi de diamètre, arrondis et circonscrits par des fibres entrecroisées. L'intérieur de ces îlots est formé par un tissu riche en suc laiteux et par des vaisseaux gorgés de sang. Ces vaisseaux paraissent à l'œil nu sous forme de lignes et de points. En les examinant au microscope avec un faible grossis-

sement, on voit des capillaires et de petits vaisseaux avec des dilatations anévrysmales formées sur leur trajet.

Ces dilatations, dont les plus grosses ont de un cinquième à un demi-millimètre, sont généralement sphériques, directement continues avec les vaisseaux, ou bien en chapelet.

Les vaisseaux sont de gros capillaires à une seule tunique. Telle est la structure des plus petites de ces tumeurs, de celles dont le peu d'ancienneté est attesté par leur petitesse et par leur développement sur la surface où elles proéminent comme des granulations. On ne retrouve pas la capsule surrénale : il paraît probable qu'elle s'est transformée et concourt à former la grosse tumeur dont le rein gauche constitue la partie principale.

Le pancréas est dur.

Le rein droit est normal quant au volume.

La substance corticale en est pâle.

Le rein gauche forme une tumeur énorme, jaunâtre, d'environ 20 centimètres de longueur sur 12 de largeur, de forme aplatie. Après l'avoir isolé par la dissection du tissu cellulo-graisseux qui l'entoure, on met à nu sa surface qui est bosselée, mamelonnée. Sa partie inférieure est à peu près normale, tandis que la supérieure est transformée complètement.

Fendue dans toute sa hauteur, la tumeur présente inférieurement, dans une longueur d'environ 8 centimètres, l'aspect du rein.

La substance corticale y est d'un gris jaunâtre.

Les pyramides sont un peu rosées. Les calices dans cette partie contiennent un petit calcul brunâtre. Cette partie inférieure du rein, qui a conservé l'aspect normal de la glande, se continue directement avec la portion supérieure et dégénérée de l'organe. Le bassinet se trouve au niveau de cette dernière portion ; il contient deux calculs du volume d'un petit pois, brunâtres, lisses à la surface, sans caractères microscopiques, formés par l'urate de soude. (Analyse de M. G. Bergeron.)

La coupe de la production nouvelle du rein offre le même aspect que celles des ganglions dégénérés. C'est un tissu à stroma fibreux, présentant dans l'écartement des fibres des portions sphériques de un demi-millimètre de diamètre, de coloration grisâtre, de consistance mollasse, très riches en vaisseaux et en dilatations et anévrysmes capillaires. Si l'on presse sur ces parties, ou qu'on les

enlève avec le scalpel, on obtient une substance molle, riche en suc miscible à l'eau, de couleur laiteuse, et, quand on veut séparer de ce liquide les vaisseaux qui y sont contenus, on le peut aisément avec le pinceau seul. Ces vaisseaux ne paraissent donc pas assujettis par du tissu conjonctif.

Le bassinet est congestionné.

L'uretère est gros, sa muqueuse est épaissie.

La muqueuse vésicale est congestionnée.

Dans l'intérieur de la vessie, à la surface de la muqueuse, mais libres à cette surface, se trouvent des linéaments rougeâtres, qui sont des vaisseaux sanguins.

Un fait important à signaler c'est l'absence complète, en certains points, de toute trame du tissu conjonctif.

III.

La compression et l'envahissement ne sont pas les seuls modes d'action du cancer rénal sur les tissus qui l'environnent. Les lésions fondamentales provoquent toujours autour d'elles un retentissement inflammatoire qui peut ne former qu'une zone étroite à la périphérie du foyer cancéreux, ou bien s'étendre au loin et déterminer les complications les plus graves.

La dégénérescence cancéreuse provoque presque toujours une inflammation des calices, du bassinet, de l'uretère, et c'est à cette cause qu'il faut attribuer l'aspect trouble et purulent que présentent parfois les urines.

Quant à l'albumine qu'il est possible d'observer seule, sans hématurie, elle peut être rapportée à une affection parenchymateuse concomitante, soit du rein dégénéré, soit même de son congénère (Roberts). L'inflammation du rein non cancéreux s'explique aisément par le surcroît d'activité fonctionnelle que lui impose l'organe atteint. On trouvera

dans l'observation X de Rayer un bel exemple de cancer du rein droit, accompagné d'une double néphrite chronique (1).

D'autre part, le néoplasme en se développant contracte assez facilement des adhérences avec les organes du voisinage. Tous les auteurs parlent de l'observation fameuse d'Abele (2), dans laquelle le cancer, après avoir contracté des adhérences avec la paroi de l'abdomen, l'avait perforé de telle sorte qu'une anse intestinale faisait hernie à travers l'orifice ulcéré et fut même frappé de gangrène.

Enfin, le cancer du rein a pu être, dans un certain nombre de cas, le point de départ de péritonites suraiguës. (Rayer, Monti, Coyne et Troisier, etc.)

(1) Rayer, loc. cit., p. 706, t. III.

(2) Abele, in Schmidt's Jahrb., t. V, p. 379. Extr. de Neumann, Handb. der Med. Klin., t. VIII, p. 72, in-8, Berlin, 1836.

CHAPITRE II.

Formes frustes.

I

Les douleurs, qui restent souvent très légères, peuvent faire absolument défaut pendant toute la durée du cancer rénal. Le fait est de constatation fréquente. Depuis l'observation si souvent citée de Nowlan (Gaz. hosp. Dubl., 1851), les auteurs ont publié nombre de cas dans lesquels le malade n'avait jamais accusé la plus légère souffrance. Telles sont, par exemple, les observations du professeur Robin (1), du professeur Peter (2), de MM. Coyne et Troisier (3), Colleville (4), Butte (5), Hartmann (6) et Kuhn (7). Le malade dont nous avons suivi l'affection à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Laboulbène, n'éprouva jamais de douleur, ni spontanément, ni même à la palpation ou à la pression.

Il ne faut donc pas que l'indolence du mal fasse conclure à la non-existence du cancer; ajoutons que l'absence de toute manifestation douloureuse n'est nullement en

(1) Robin, Mém. sur l'épith. du rein, Paris, 1855.

(2) Peter.

(3) Coyne et Troisier, Bull. soc. anat., 1871, p. 239.

(4) Colleville, Soc. anat., 1883.

(5) Butte, Soc. anat., 1883.

(6) Hartmann, V. S. p.

(7) Kuhn, Das primar Microncarcinom in Kindesalter. Deutsch. Archiv. Klin. Med., vol. XVI, p. 306, 1875. In Revue des sciences médicales, t. I, p. 222, 1876.

rapport avec un faible développement de la néoplasie. Ainsi, dans l'observation de M. Peter, la tumeur avait acquis des dimensions énormes et s'étendait de la fosse iliaque gauche aux fausses côtes du même côté; dans le fait de Kuhn, elle pesait près de 6 kilogrammes

II.

Si la douleur lombaire est quelquefois le seul élément qui fasse défaut dans le tableau symptomatique, plus fréquente peut-être est la variété caractérisée par l'absence des douleurs et par celle des hématuries.

Le cancer du rein ne se traduit plus alors que par une tumeur plus ou moins volumineuse et par un état cachectique.

Observation VIII (résumée).

Ch. Robin, *Mém. sur l'épithélioma du rein*, Paris, 1855.

Le malade qui fait le sujet de l'observation suivante était un homme de peine âgé de 51 ans, et nommé Frédéric B..., entré à l'hôpital Saint-Louis dans un état assez avancé de cachexie, qu'il attribue à des privations; l'attention fut bientôt fixée par une tumeur que porte le malade à la partie inférieure de l'abdomen sur la ligne médiane, vers les dernières vertèbres lombaires.

Cette tumeur offre le volume d'une tête de fœtus; elle est dure, résistante, mobile, mais dans une petite étendue, de façon à laisser croire qu'elle est adhérente en arrière vers la colonne vertébrale complètement indolente.

La percussion rénale n'est pas pratiquée.

Interrogé sur la nature de ses urines, le malade répond n'avoir jamais uriné de sang, ni de pus. Les urines, dit-il, ont toujours été claires.

Pour la tumeur, il la porte depuis une dizaine d'années, et comme elle ne lui a jamais causé de douleurs, il ne s'en est pas occupé; il ne l'a jamais soumise à l'examen d'un médecin.

Mort dans un état de cachexie très avancé un mois après son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — Résumé. — Rein gauche hypertrophié en totalité, situation normale.

Rein droit complètement déformé. La tumeur qui le remplace est irrégulièrement quadrilatère avec deux saillies latérales; elle présente environ 14 centimètres pour le diamètre vertical, 12 à 13 pour le diamètre transverse, 7 à 8 pour le diamètre antéro-postérieur. Les deux saillies latérales sont du volume d'un moyen citron. Inférieurement, la consistance de la tumeur est mollasse. Supérieurement, dureté normale du tissu rénal.

Observation IX.

Epithélioma cylindrique du rein. Tumeur indolente. Absence d'hématurie (Malherbe, Soc. anat., 1872, 2e série, t. XVII, n° 303).

M... F..., âgée de 35 ans, journalière, est entrée à l'hôpital Necker, le 12 avril 1872.

Un an avant son entrée, elle s'est aperçue que son ventre grossissait.

La tumeur a débuté par le côté gauche; elle augmenta d'abord de volume sans que la malade ressentît aucune douleur; elle n'a commencé à souffrir que trois mois avant son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire en janvier 1872. Elle a des douleurs vives dans le basventre et les cuisses. *La tumeur elle-même n'est point douloureuse, ni spontanément, ni à la pression.*

Depuis un an, elle n'a pas eu ses règles; elles ont reparu le 15 mars dernier, et ne sont pas revenues depuis.

En examinant le ventre, on trouva une tumeur qui paraît légèrement bosselée, qui semble très dure, non fluctuante, et qu'on croit être une tumeur fibreuse de l'utérus. Les douleurs des jambes sont attribuées à la compression.

A son entrée, la malade mange et digère assez bien, mais elle est très constipée.

Pendant la durée de son séjour, aucun nouveau symptôme ne s'est présenté, si ce n'est une paralysie incomplète du mouvement dans les jambes.

La malade souffrant toujours beaucoup, malgré les injections hypodermiques de morphine, s'est amaigrie peu à peu sans présenter le moins du monde la teinte jaune-paille des cancéreux ; elle a eu pendant les deux ou trois derniers jours de la rétention d'urine.

L'urine évacuée au moyen de la sonde était foncée, sans dépôt ni altération évidente au simple examen.

La malade a succombé le 19 juin.

A l'autopsie, on a trouvé une grosse tumeur située sur la ligne médiane et paraissant, au premier abord, dépendre de l'utérus. Mais en soulevant la tumeur, on voyait l'utérus et ses annexes parfaitement sains, mais refoulés dans le bas de l'excavation du petit bassin.

La tumeur était croisée par l'axe du côlon qui y adhérait assez intimement ; elle était creusée d'un sillon pour le recevoir. Au premier abord, il était assez difficile de dire de quel organe provenait la tumeur ; par exclusion, nous vîmes que c'était le rein. En effet, tous les autres organes furent retirés et ne présentaient pas d'altération. De plus, en suivant l'utérus, on le voyait aboutir à la tumeur.

Une fois enlevé, le rein dégénéré présente à peu près la forme naturelle, on voit qu'il est extrêmement volumineux.

A la coupe, on trouve une bouillie très molle, renfermée dans de grandes travées d'apparence conjonctive. Cette bouillie molle, qui présente toutes sortes de colorations, a la consistance d'un caillot dégénéré et paraît, en effet, principalement constituée par du sang ayant subi la régression granulo-graisseuse. L'uretère est assez volumineux. Les ganglions qui entourent la tumeur sont de volume moyen, et sont presque tous de coloration très foncée.

Il n'y a de tumeur secondaire qu'au niveau de la colonne lombaire, où le corps d'une vertèbre a subi la même dégénération que le rein.

La moelle, au niveau du point malade de la colonne lombaire, ne paraît pas altérée, ses enveloppes sont complètement saines. Il semble qu'il n'y ait eu que de la compression.

L'examen histologique communiqué par M. Ranvier montre que la tumeur est un épithélioma cylindrique développé aux dépens des tubuli du rein, et dont les cellules épithéliales conservent encore les caractères de l'épithélium des tubuli contorti de la substance corticale.

Observation X.

Carcinome du rein droit. Carcinome de l'encéphale. Hémiplégie. (Par M. Armand Siredey, interne des hôpitaux, Soc. anat., 3 fév. 1882.)

La nommée C. Marcelle, âgée de 59 ans, femme de ménage, entre le 27 juin 1881, service de M. Brouardel, salle Trousseau, n° 41, à la Pitié. Elle présente à cette époque une hémiplégie droite, datant de plusieurs mois déjà, et sur laquelle les renseignements font absolument défaut. La malade reste constamment dans un état d'hébétude et ne peut donner aucun détail sur le début et la marche des accidents.

L'hémiplégie porte sur les membres du côté droit : impossibilité absolue des mouvements du bras et de la jambe. Contraction très prononcée du membre supérieur dans la flexion, type complet, flexion de l'avant-bras sur le bras, de la main sur l'avant-bras et des doigts sur la main. Le membre inférieur ne présente qu'une légère flexion du genou ; roideur de tout le membre sans grande déformation.

La face présente une asymétrie peu accentuée : il y a une légère déviation de la bouche et du nez vers la droite. La tête et les yeux sont déviés vers la gauche. La sensibilité reste intacte. On ne constate aucune ulcération, aucun trouble trophique, bien que la malade soit extrêmement amaigrie et garde le lit depuis longtemps.

Dès cette époque, M. Brouardel et M. Barth, alors interne du service, constatèrent dans le flanc droit l'existence d'une tumeur ayant à peu près le volume du poing. Cette tumeur se sépare nettement du foie et des organes contenus dans le bassin, et la percussion permet de la localiser très nettement dans le rein droit. Elle présente à la palpation, 3 ou 4 bosselures, régulièrement globuleuses et continues. On sent glisser sous la main, en avant d'elle, le côlon ascendant qui est aplati. Cette tumeur est rénitente, sa partie moyenne est même fluctuante. La malade n'accuse aucun trouble particulier en rapport avec cette tumeur. Elle n'a pas de crises douloureuses ; les selles sont régulières et normales. On n'obtient d'ailleurs aucun renseignement sur le début de cette tumeur.

Les urines, sécrétées en quantité normale, ne contiennent ni sucre, ni albumine. Le microscope n'y fait découvrir aucun élé-

ment normal, ni globules sanguins, ni cylindres fibrineux, ni cellules épithéliales. L'examen chimique et histologique a été plusieurs fois renouvelé par M. Barth, avec un soin minutieux, et n'a donné que des résultats négatifs.

Jusqu'à la fin de l'année 1881, il n'est survenu à la malade aucun phénomène important. La tumeur du flanc droit continuait à se développer progressivement sans secousses, sans poussées aiguës. A aucune période on n'a observé de coliques néphrétiques, d'hématurie, de phénomènes d'obstruction intestinale ou de péritonite.

Janvier 1882. — La malade est dans un état de maigreur extraordinaire, elle est littéralement réduite à l'état de squelette. Il n'existe d'ulcération ou d'œdème sur aucun point. La contracture est restée au même degré qu'à l'époque de l'entrée. La tumeur fait une saillie considérable sous la peau maigre de l'abdomen.

Elle s'étend depuis l'hypochondre droit jusqu'au bassin, et dépasse un peu la ligne ombilicale en dedans. Cependant on la sépare encore par la percussion du foie et des organes génitaux. Elle présente plusieurs bosselures régulièrement arrondies, rénitentes; on sent une fluctuation nette vers la partie moyenne.

La tumeur a conservé sa mobilité, on fait glisser en avant d'elle la peau et les anses intestinales. La pression et la palpation sont douloureuses, et de temps en temps la malade accuse des douleurs spontanées qui paraissent assez vives. Le reste de l'abdomen est souple, dépressible. Selles régulières. Un nouvel examen des urines ne donne encore que des résultats négatifs.

La malade s'affaiblit de plus en plus, et, bien qu'elle ait absolument perdu l'appétit depuis les dernières semaines de 1881, elle se soutient avec des bouillons et du lait. Elle succombe à l'épuisement le 27 janvier 1882.

Autopsie. Le 28 janvier. *Thorax*. Le cœur est petit, mou, rempli de caillots; pas de lésions valvulaires. *L'aorte* présente quelques plaques blanchâtres, mais on ne trouve pas d'athérome véritable. Pas de lésions des *poumons*.

Abdomen. — Pas de liquide ni de fausses membranes dans le péritoine.

Les anses intestinales ne sont nullement adhérentes. On ne trouve sur leurs tuniques et sur les différents points de la séreuse péritonéale aucune tumeur, aucun noyau d'induration. Les *organes génitaux* sont atrophiés, mais sains. Des coupes nombreuses et rap-

prochées n'y font découvrir aucun néoplasme. L'*estomac*, le *pancréas*, la *rate* ne présentent aucune lésion notable.

Le *rein* gauche est de volume normal : on n'y distingue aucune altération appréciable. Le rein droit est en totalité envahi par le néoplasme; il s'étend depuis l'hypochondre jusqu'au détroit supérieur du bassin. En haut, il adhère à la face inférieure du foie par une bandelette fibreuse assez résistante. Cependant, le foie ne présente aucune lésion appréciable. Il a conservé son volume, sa forme, et des sections pratiquées en divers sens n'y font pas découvrir le moindre foyer néoplasique.

La tumeur rénale présente deux sallies à sa partie inférieure, qui sont manifestement fluctuantes, et qui, à la coupe, laissent échapper un liquide clair semblable à de l'urine normale. Le reste de la tumeur est constitué par une masse molle, blanchâtre, caséeuse, d'où la pression fait sortir un liquide laiteux. Cette masse est enveloppée par une couche fibreuse assez dense; sur aucun point, on ne trouve le tissu normal du rein. La lésion se prolonge sur le bassinet et l'uretère, qu'elle envahit sur une étendue de 2 à 3 centimètres. Le bassinet et la partie supérieure de l'uretère sont complètement remplis et oblitérés par la masse encéphaloïde. La partie inférieure de l'*uretère* est réduite à un cordon fibreux. La vessie est saine, ses parois ne présentent aucun foyer néoplasique.

Encéphale. — Les *méninges* ne paraissent pas altérées. Avant d'inciser le cerveau, on constate très nettement une saillie notable à la surface de l'hémisphère gauche, à la partie supérieure et postérieure du lobe frontal. A la coupe, on découvre, immédiatement au-dessous de l'écorce grise, deux tumeurs grosses comme des muscades. Ces deux tumeurs assez régulièrement sphériques sont contiguës; elles sont situées, l'une au-dessous de la partie postérieure de la deuxième circonvolution frontale, à son union avec la frontale ascendante; l'autre est située un peu en haut et en arrière de la précédente, sous la circonvolution frontale ascendante, vers son tiers moyen environ, mais elle ne se prolonge pas jusqu'à la partie supérieure de cette circonvolution. Ces tumeurs sont enveloppées superficiellement par une très faible couche de substance ocreuse, ramollie, vestige d'un petit foyer hémorrhagique, mais toute leur masse centrale est dure, résistante, et présente de nombreux tractus rougeâtres formés par des vaisseaux.

Il n'existe aucune lésion des ventricules ni des corps opto-striés. Les pédoncules cérébraux, la protubérance, le bulbe, le cervelet, ne sont le siège d'aucune altération appréciable. Les pédoncules et les faisceaux blancs de la moelle ne présentaient aucune trace d'atrophie : ils ont été réservés pour *l'examen histologique.*

Réflexions. — Le microscope m'a démontré l'identité absolue de la tumeur rénale et des deux petites tumeurs constatées dans le cerveau, il s'agit d'un néoplasme constitué par de nombreuses travées alvéolaires, dont les mailles sont remplies de cellules épithélioïdes de formes et de dimension très variées. La tumeur cérébrale se distingue par la richesse en vaisseaux du stroma. Les tumeurs se rattachent manifestement au genre carcinome.

Observation XI.

Présentée par M. A. Pignot, interne des hôpitaux, à la Société anatomique, 1883.

Théodore B..., tailleur, âgé de 53 ans, entre le 24 septembre 1883, à la Charité, salle Saint-Michel, n° 21, dans le service de M. Laboulbène, remplacé par M. Merklen.

Cet homme n'a jamais eu de maladie grave et nie toute habitude alcoolique. Il appartient à une famille robuste ; sa mère vit encore, son père est mort d'apoplexie cérébrale ; il ne sait à quelle maladie ont succombé ses grands parents.

Il y a déjà quelques mois que B... sent ses forces décliner; mais depuis le commencement de septembre (trois semaines environ avant son entrée à l'hôpital), l'affaiblissement a fait des progrès considérables. La marche est devenue chancelante, le malade ne se tient même sur ses pieds qu'avec peine. Ses membres sont émaciés ; sa face est pâle mais n'offre aucunement la teinte jaune paille des cancéreux. Il a souvent des éblouissements, des vertiges. Depuis un mois l'appétit a disparu.

Etat actuel. — L'abdomen est volumineux. Sur la paroi antérieure du ventre se dessine un riche réseau de veines dans lesquelles la circulation se fait de bas en haut. Cette dilatation vasculaire n'existerait, d'après le malade, que depuis un mois au plus.

Il n'y a pas d'épanchement péritonéal appréciable ; mais l'exploration du ventre par la percussion et la palpation, fait découvrir

une masse très volumineuse occupant tout le flanc gauche et dont il est difficile de préciser les limites. La tumeur est à peu près immobile et ne suit pas les excursions du diaphragme; elle est absolument indolente; du reste jamais le malade n'a éprouvé la moindre souffrance de ce côté.

Le foie ne dépasse pas ses dimensions ordinaires; son bord antérieur est lisse, mince, sans bosselure. Pas d'ictère.

Les fonctions digestives s'accomplissent à peu près régulièrement sans vomissements, sans constipation ni diarrhée; mais l'anorexie est complète.

Aucun trouble de la miction. Les urines émises dans les vingt-quatre heures restent à peu près au chiffre normal, leur aspect est limpide; les réactifs n'y décèlent ni sucre, ni albumine, ni pus, ni pigment biliaire.

Le malade n'a jamais eu d'hématurie.

Le sang examiné au microscope par M. Merklen, est très pauvre en hématies, mais les globules blancs n'y sont pas en excès.

L'examen du cœur ne fait percevoir aucun souffle. Les bruits normaux sont affaiblis. Quelques râles de bronchite dans les deux poumons.

L'intelligence est intacte. Pas de fièvre.

Pendant quelque temps la situation du malade reste à peu près la même. Vers le commencement de novembre, l'état général s'aggrave; bientôt le malade n'a plus la force de se soulever seul dans son lit. Il succombe dans les premiers jours de décembre sans phénomènes urémiques, sans aucun nouveau symptôme.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on ne trouve ni ascite, ni trace de péritonite.

La rate est absolument saine; sa consistance, ses dimensions, sa situation sont normales; elle pèse 210 grammes.

Le rein droit semble légèrement hypertrophié (poids, 200 gr.).

La tumeur constatée pendant la vie est formée tout entière aux dépens du rein gauche.

Au devant d'elle, se trouvent l'estomac, le duodénum et le gros intestin; elle mesure 24 centimètres de diamètre vertical sur une largeur de 15 centimètres. Son poids est de 1300 gr.

L'organe est désorganisé dans toute son épaisseur, la substance corticale et la substance médullaire ont absolument disparu.

A la coupe les tissus se présentent sous l'aspect d'une masse jaunâtre, assez consistante, comparable à du mastic. Cette matière, ramollie en certains points, est irrégulièrement cloisonnée par des travées fibreuses très résistantes.

Pas de cavités kystiques, ni d'extravasation sanguine; du reste aucune trace de vaisseaux.

Les deux capsules surrénales sont envahies par la dégénérescence cancéreuse ainsi que les ganglions lombaires.

Le bassinet et l'uretère sont restés perméables.

La vessie, les testicules, les vertèbres, la veine cave inférieure et la veine sus-hépatique ne présentent rien à noter.

Le foie pèse 1700 grammes ; on trouve à sa partie postérieure quelques petits noyaux cancéreux.

Les centres nerveux et les organes contenus dans la cavité thoracique sont parfaitement intacts.

III.

Quelquefois, c'est l'hématurie seule qui manque. Dans l'observation suivante présentée par Renauldin à l'Académie royale de médecine en 1833, la malade n'urina jamais de sang, mais elle portait dans le flanc gauche une tumeur volumineuse, et les douleurs étaient assez vives pour nécessiter l'emploi des opiacés.

Observation XII.

Communiquée à l'Académie royale de médecine, Renauldin. Arch. gén. de méd., 2e sér., t. II, p. 588, 1833.

Une blanchisseuse, âgée de 65 ans, malade depuis deux ans, entra à l'hôpital Beaujon le 16 mars. Elle est dans un état d'émaciation et de faiblesse, a le teint jaune, un peu de diarrhée, manque d'appétit et de sommeil, et porte au côté gauche de l'abdomen une tumeur dure, angulaire, douloureuse au toucher, que, d'après son siège, on attribue à un engorgement de la rate.

Nulle altération dans la circulation et la sécrétion urinaire. Des applications de sangsues sur la tumeur, des boissons mucilagineu-

ses, un régime sévère, procurent un soulagement notable pendant trois semaines. Cependant la tumeur augmente, et la douleur dont elle est le siège est si vive qu'il faut recourir aux opiacés à l'intérieur et à l'extérieur ; la diarrhée persiste et la malade succombe épuisée le 30 juillet.

Nécropsie. — Dans le ventricule gauche du cœur, tumeur carcinomateuse du volume d'une noix, surmontée à son sommet par plusieurs végétations verruqueuses analogues à celles qui sont le produit de la syphilis.

La tumeur du ventre siégeait non dans la rate, mais dans le rein gauche, qui a acquis le volume de deux poings et qui présente la dégénération cancéreuse dans toute son épaisseur. La rate comprimée par ce rein est réduite au volume d'une petite noix. Il existe deux petites tumeurs carcinomateuses au rein droit et à l'utérus. *Ce fait est curieux en ce que la circulation et la sécrétion urinaire n'ont pas été troublées pendant la vie, malgré l'existence de cancers dans le cœur et les reins.*

L'absence d'hématurie n'est donc pas un fait rare. Sur 49 observations de cancer rénal recueillies par Roberts, ce symptôme manquait 25 fois, c'est-à-dire dans plus de la moitié des cas. Les relevés d'Ebstein la mentionnent 24 fois sur 50 et ceux de Monti 3 fois sur 8 cas. Ce phénomène négatif s'explique facilement dans un certain nombre de cas par la compression ou l'obstruction de l'uretère correspondant; mais il est démontré que le pissement de sang peut faire totalement défaut depuis le début de l'affection jusqu'à la mort, sans que les uretères aient subi la plus légère atteinte organique ou mécanique. Pour expliquer cette anomalie, les auteurs invoquent soit la consistance, la structure du néoplasme, soit son extension à la totalité de la glande et l'anurie partielle qui en est la conséquence.

IV.

La présence de sang dans les urines est donc loin d'être un caractère constant du cancer rénal ; par contre, dans quelques cas rares, la maladie peut ne manifester son existence que par cet unique symptôme. Telle est dans ce genre la belle observation présentée en 1871, à la société anatomique par MM. Coyne et Troisier, et que nous avons déjà signalée comme exemple d'envahissement progressif des veines par les lésions cancéreuses.

Observation XIII.

Cancer du rein gauche, envahissement progressif de la veine rénale et de la veine cave inférieure, oblitération totale de ces vaisseaux ; champignon cancéreux faisant saillie dans l'oreillette droite, qu'il remplit presque complètement; mort par péritonite, par MM. Coyne et Troisier, internes des hôpitaux (1).

G... (Alexis), âgé de 45 ans, salle Saint-Michel, n° 35, hôpital de la Pitié (service de M. Molland).

Ce malade contracta, il y a un an environ, une bronchite qui s'invétéra. Il s'est affaibli progressivement depuis cette époque ; il eut quatre ou cinq hématuries dans le courant de l'année, jamais d'œdème. Il continua à travailler et n'entra à l'hôpital qu'à la dernière extrémité, le 20 mai 1871.

Il se développa peu à peu chez cet homme, d'abord de l'ascite, puis de l'œdème des membres inférieurs et de l'abdomen. Cachexie très prononcée, amaigrissement de la partie supérieure du corps. La matité du foie est de 14 centimètres de hauteur; cet organe ne déborde pas les fausses côtes ; l'hypochondre droit n'est le siège d'aucune douleur spontanée. Pas de bruit de souffle au cœur. Râles ronflants dans toute l'étendue des deux poumons en arrière ; râles sous-crépitants et submatité aux deux bases. Le 1er juillet survint

(1) Bull. de la Soc. anat., p. 239, 1871.

une hématurie. Le 8, essai par la chaleur et l'acide nitrique des urines, qui sont redevenues limpides; elles ne contiennent pas d'albumine. Le 12, hématurie peu abondante, les urines sont rares; pas de vomissements ni de diarrhée. Le 4 septembre, les urines sont de nouveau sanguinolentes, se troublent par la chaleur et l'acide nitrique. On néglige d'en faire l'examen au microscope. L'hématurie devient permanente à partir de cette époque et dure jusqu'à la mort. La pression sur l'abdomen n'était pas douloureuse. Le malade ne se plaignait jamais de douleur lombaire. Le 14, frisson de trois à quatre heures; douleur pongitive survenue subitement dans l'hypochondre gauche.

La pression et la percussion sont douloureuses au niveau des fausses côtes gauches en arrière. Pouls filiforme, 130. Le 15, vomissement et persistance de la douleur, ballonnement du ventre; collapsus profond. L'état s'aggrava rapidement; la péritonite se généralisa, la mort eut lieu le 22.

Autopsie. — La cavité péritonéa e contient une grande quantité de sérosité, dans laquelle des flocons de pus se trouvent en suspension. Le péritoine est très vascularisé. Les anses intestinales sont accolées les unes aux autres par des exsudats purulents. Lorsque le paquet intestinal fut enlevé, on aperçut à la place du rein gauche une tumeur volumineuse de la grosseur d'un fœtus à terme, environ. L'augmentation de volume porte sur la moitié supérieure du rein. La tumeur ainsi formée est bosselée et semi-fluctuante. Dans les trois quarts supérieurs du rein, presque toute la substance rénale a disparu. Elle est remplacée par un tissu de nouvelle formation se présentant sous la forme de nodules jaune rougeâtre, dont la partie centrale s'écoule sous forme de bouillie. A la périphérie de ces noyaux caséeux se voit le tissu propre de la tumeur, qui est grisâtre, de consistance et d'aspect spongieux. En la pressant entre les doigts, il s'en écoule un liquide blanc laiteux, opaque, contenant des éléments cellulaires de formations et de dimensions variées, pourvus de plusieurs gros noyaux avec un nucléole brillant et des granulations graisseuses.

En plusieurs points de la tumeur, il existe des caillots sanguins assez volumineux; ailleurs l'hémorrhagie est diffuse et le sang est intimement mêlé à la matière caséeuse.

La veine rénale est remplie d'une bouillie gris rougeâtre analogue à celle qu'on trouve dans les parties de la tumeur, qui sont de-

venues phymatoïdes. La veine cave inférieure, depuis l'abouchement de la veine rénale jusqu'au cœur, en est totalement remplie; ces deux veines sont distendues par l'accumulation de cette matière et ne devaient plus servir à la circulation. Du pourtour de l'orifice d'entrée de la veine cave dans l'oreillette droite part une tumeur globuleuse, non pédiculée, qui remplit presque entièrement l'oreillette, semi-fluctuante, bosselée par places et limitée par une membrane lisse du côté de la cavité cardiaque ; elle est d'un aspect tout à fait analogue à l'endocarde. Au-dessous de l'abouchement de la veine rénale, la veine cave inférieure est oblitérée par un caillot ancien, se prolongeant jusqu'au niveau de la quatrième vertèbre lombaire. L'artère rénale, l'aorte et la veine-porte ne présentent rien à noter. L'uretère n'est pas altéré. Le rein droit, la rate, le foie, les poumons, le myocarde sont sains et ne contiennent ni infarctus, ni noyaux secondaires de cancer.

Enfin, comme dans l'observation suivante, due à Benes Jones, l'hématurie peut être accompagnée de douleurs assez vives.

Observation XIV.

(Trans. of path. 1875.)

T.... A...., âgé de 45 ans, fut admis, par mes soins, le 16 avril 1851, à l'hôpital Saint-Georges. Au mois d'août précédent, il avait constaté, sans aucun motif, l'apparition de sang dans son urine. Bientôt il ressentait une douleur dans le côté droit, sous les côtes et dans les reins. Une application de sangsues atténua la douleur, mais elle ne disparut jamais entièrement. Depuis, le sang se montra à intervalles variables; pendant trois mois le malade n'en vit point. Dans le mois qui précéda son admission, l'hématurie fut fréquente, et dans les deux derniers jours, l'urine fut constamment mélangée de sang et l'urèthre rempli de caillots. Pas de rétraction au testicule, mais violente douleur dans l'aine droite et l'intérieur de la cuisse. L'urine débarrassée du sang était abondante et claire.

L'intestin fonctionnait régulièrement.

Au bout de deux jours, le sang disparut avec l'administration de l'acide gallique. Peu après, il reparut ; l'acide gallique prescrit plus abondamment ne l'arrêta plus; au contraire, il augmenta en quantité.

Deux jours après, l'hématurie fut suspendue par une infusion de matico; puis elle réapparut et le matico l'arrêta encore.

L'état du patient sembla s'améliorer et le 4 juin on en fit un malade du dehors.

Quand l'urine était claire et libre de sang, le microscope y décélait toujours quelques globules isolés et des oxalates de chaux; mais ni globules purulents, ni autre produit digne de remarque, toujours un peu d'albumine. Je n'entendis plus parler du malade jusqu'au 3 février 1852.

Quand je le reçois, il me dit que depuis sa sortie de l'hôpital il avait perdu du sang à plusieurs reprises ; la première fois, au bout de six semaines, puis à de plus longs intervalles; maintenant l'écoulement sanguin était plus rare, et la douleur lombaire avait été en augmentant. Cette douleur très aiguë se prolongeait jusque dans la cuisse et s'arrêtait au niveau du genou. Pas de rétraction au testicule.

En novembre 1882, il vint me voir, souffrant d'une forte névralgie de la face et de la nuque. La quinine l'en débarrassa non sans peine.

Le 19 décembre 1853, je fus appelé chez lui pour une très violente hémoptysie. Il respirait avec beaucoup de difficulté et rendait du sang rutilant en quantité considérable.

Il pouvait à peine parler. Le jour suivant il expira.

A l'examen du corps fait par M. Prescott Herwit, nous trouvâmes le rein droit hypertrophié, et de forme globuleuse.

Il était transformé en une masse encéphaloïde dans laquelle on ne pouvait reconnaître aucune trace de sa structure normale. Le bassinet, très dilaté, contenait aussi en abondance la matière encéphaloïde qui se prolongeait dans l'uretère et en obstruait la cavité à 2 ou 3 pouces de la vessie. Ce dépôt encéphaloïde était dans sa plus grande partie d'une couleur fauve, mais en quelques points sa teinte était rougeâtre et sa friabilité extrême.

L'autre rein et la vessie étaient sains.

Les poumons sains n'expliquaient point l'hémorrhagie.

Cœur également sain.

Dans ce cas, l'examen microscopique de l'urine, fréquemment répété, ne m'a jamais donné l'indication d'une affection maligne.

CHAPITRE III.

FORME LATENTE.

Dans les chapitres qui précèdent, nous avons étudié successivement les différentes variétés cliniques du cancer rénal, depuis le type régulier et complet, jusqu'aux formes qui répondent à un minimum de symptômes : nous avons vu que la douleur, l'hématurie, la tumeur pouvaient chacune faire défaut, et que, dans la triade classique, aucun terme n'était essentiel. Ce n'est pas tout. Des observations nombreuses prouvent que le rein peut être plus ou moins rongé par la dégénérescence cancéreuse, sans provoquer le moindre symptôme qui permette le diagnostic.

Rayer, dont l'ouvrage porte la première mention de ces faits si curieux, s'exprime ainsi : « Le cancer des reins peut être *latent*. Dans ce cas, l'altération des reins n'a pas suffisamment augmenté le volume de ces organes, pour qu'ils forment dans la région lombaire une tumeur appréciable au toucher ou à la pression. A cet état, la dégénérescence cancéreuse n'est pas assez avancée pour déterminer de temps à autre une hématurie plus ou moins considérable dans le bassinet, et l'urine n'offre pas d'altération caractéristique. Quelques malades seulement se plaignent d'une douleur profonde, persistante, sourde, tantôt très aiguë et déchirante dans une des régions lombaires ; or, ce symptôme est commun, non seulement à plusieurs affections des reins, mais encore à des lésions de la moelle épinière, de l'aorte, etc. »

Ce passage si remarquable du traité de Rayer semble ne viser que le début du cancer, mais nous savons aujour-

d'hui que l'affection peut évoluer complètement sans cesser d'être latente. Nous n'en voulons pour preuve que les observations suivantes :

Observation XV.

Cancer du rein droit et du péritoine. (E. Gaucher, in Bull. soc. anat., 1882.)

Un homme de 50 ans, malade depuis six mois environ, meurt le 12 janvier 1881 à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Bucquoy.

Ce malade était depuis fort longtemps dans le service où il était entré pour des douleurs de ventre et des troubles digestifs. Il vomissait très fréquemment, avait des alternatives de diarrhée et de constipation, maigrissait rapidement et était bientôt devenu cachectique au point de ne plus pouvoir sortir de son lit.

A la palpation, on trouvait, dans la cavité abdominale, à peu près au niveau de l'ombilic et à droite de la ligne médiane, une tumeur volumineuse, bosselée, bien délimitée, manifestement indépendante de l'estomac. On avait, dès le début, porté le diagnostic de cancer de l'épiploon.

Le malade fut pris, le 5 janvier, d'un érysipèle de la face, et deux jours après d'une lymphangite érysipélateuse de l'avant-bras gauche et du dos de la main.

Il succomba à cette complication le 12 janvier.

L'examen de l'urine, pratiqué seulement après le début de l'érysipèle, avait révélé la présence d'une petite quantité d'albumine, mais jamais ce malade n'avait eu d'hématurie ni de troubles de la miction.

Autopsie. — Indépendamment du cancer généralisé du péritoine qui avait été diagnostiqué pendant la vie, on trouva un cancer du rein droit (carcinome encéphaloïde comme la tumeur péritonéale). Ce cancer avait manifestement son point de départ dans le bassinet au niveau de l'embouchure de l'uretère. Il avait envahi les calices et les pyramides et s'était arrêté à peu près aux limites de la substance corticale.

(1) Rayer, loc. cit., p. 679.

L'organe, dans son entier, était doublé de volume.

L'autre rein et la vessie étaient absolument intacts. Le pancréas avait subi une dégénérescence cancéreuse de même nature que celle du rein et du péritoine. Il y avait sur la face inférieure du foie un petit noyau de cancer par propagation au niveau du contact de l'extrémité supérieure du rein droit.

Aucune lésion importante à signaler dans les autres organes.

Observation XVI (inédite).

Cancer du rein droit. Abcès froid de l'os iliaque. (Recueillie dans le service de M. Richelot, par M. Hartmann, interne des hôpitaux.)

Une femme âgée de 52 ans, ménagère, entre le 14 août 1883, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac n° 15. Pas d'antécédents héréditaires, pas d'antécédents scrofuleux personnels, aucune maladie grave antérieure. Depuis un an, la malade a perdu l'appétit; depuis huit mois, elle souffre dans les reins et éprouve des douleurs en ceinture, s'irradiant le long de la face externe de la cuisse droite. Elle a été traitée chez elle pour une névralgie sciatique. Il y a cinq mois, elle a remarqué que la hanche droite était plus volumineuse que l'autre. Les douleurs du début, qui avaient persisté quelques mois, en présentant des alternatives d'exacerbation et de diminution, sont, depuis quatre ou cinq mois, marquées surtout à la hanche.

Les douleurs du début étaient sourdes, celles-ci sont au contraire lancinantes; elles empêchent la malade de se tenir droite et la forcent à marcher courbée en avant. Il y a environ six semaines, est survenu sur le membre inférieur droit, un œdème qui, au bout de peu de temps, s'est étendu au côté gauche. Cet œdème après avoir disparu pendant quelque temps s'est montré de nouveau.

Etat actuel. — A l'examen de la région, on trouve une tuméfaction, de forme arrondie, à cheval sur la partie postérieure de la crête iliaque droite, se prolongeant obliquement en haut et en dedans, jusque vers la colonne vertébrale qu'elle atteint dans un point qui correspond au niveau de la partie la plus élevée de la crête iliaque. La peau ne présente aucune altération à ce niveau, si ce n'est une teinte légèrement violacée qu'on remarque en quel-

ques points, au niveau de la partie externe de la tuméfaction. La tumeur est irréductible, ne reçoit pas d'impulsion par la toux ; elle est fluctuante dans sa totalité et sensible à la pression, sans qu'on trouve de points plus particulièrement douloureux. La pression latérale du bassin est indolente ; rien à la palpation du ventre : sa souplesse est parfaite. La malade, amaigrie, se présente sous une apparence assez cachectique. Depuis six mois, elle a des sueurs nocturnes ; depuis deux mois l'appétit a disparu, elle a de la diarrhée. OEdème des membres inférieurs, marqué surtout à droite. Taches brunes sur la peau. Souffle anémique au cœur ; rien à l'auscultation des poumons. On diagnostique un abcès froid dépendant de la crête iliaque.

23 *août*. — La malade étant anesthésiée, on ouvre une poche sous-cutanée par une incision en T, dont une branche s'étend horizontalement d'avant en arrière, tandis que l'autre, verticale, répond à la partie antérieure de la tumeur : issue d'une grande quantité de pus d'odeur fétide. On est dans une vaste cavité limitée par des géodes d'aspect caséeux et présentant de place en place des diverticules de très petite étendue.

Au milieu du foyer, la crête iliaque est à nu. Grattage avec la curette, réunion par des sutures au crin de Florence : trois drains gros et courts aux extrémités de la suture.

Le 25. — Le pansement a été renouvelé chaque jour ; il était traversé à sa partie postérieure par un suintement plus séreux que purulent.

Le 26. — Hier soir, gros accès de fièvre sans frisson. L'œdème de la jambe droite a augmenté, légère douleur à la pression du mollet ; douleur extrêmement vive à la pression de la partie moyenne du creux poplité. Ce membre est plus chaud que celui du côté opposé.

Urines très phéniquées, non albumineuses.

On renouvelle le pansement déplacé. Un peu de suppuration, mais aucun empâtement.

Le 28. — Température toujours élevée. Rien du côté de la plaie, l'orifice postérieur seul donne un très petit écoulement purulent jaunâtre. Petite tache ecchymotique au niveau du sacrum ; une autre tache du même genre aux environs de la plaie. Rien à l'auscultation. L'analyse des urines n'y décèle ni sucre ni albumine.

Le 29. — La température baisse un peu. La malade s'affaisse. Les taches ecchymotiques sont des eschares.

Le 30. — Le suintement est toujours séro-purulent, jaunâtre. La jambe est moins chaude que les jours précédents. La malade est très faible, traits tirés.

Mort dans la nuit du 30 au 31.

Autopsie. — Le foyer purulent ne présentait aucune fusée, les lésions osseuses étaient limitées à la côte iliaque, caillot rougeâtre adhérent dans la veine fémorale.

Poumons. — Emphysème des bords antérieurs et des sommets. Pas de congestion. Pas de tubercules.

Cœur. — Quelques plaques graisseuses d'athérome au niveau de l'orifice aortique.

Rate un peu volumineuse, diffluente.

Rein gauche pèse 250 gr., sain en apparence.

En détachant le foie, qui est un peu gros, on déchire des adhérences siégeant à la partie droite de sa face inférieure, et l'on trouve immédiatement au-dessous une tumeur à laquelle adhère en haut la vésicule biliaire qui contient des calculs. Cette tumeur informe occupe la place du rein droit qui a disparu, elle est en contact avec la veine-cave et sa bifurcation iliaque. A la coupe elle apparaît composée de lobules graisseux, jaunâtres, séparés par des travées fibreuses, épaisses, lardacées, criant sous le scalpel. En quelques points on trouve des îlots qui rappellent l'aspect du tissu rénal. A la partie supérieure externe et antérieure de la masse, on trouve une certaine quantité d'un tissu d'apparence lardacée de couleur ardoisée.

Dans les faits qui précèdent, la douleur, si minime que soit sa valeur clinique, est encore signalée ; mais ce dernier indice peut lui-même manquer. L'affection, complètement indolente, ne se traduit plus que par une cachexie progressive, dont la cause reste dès lors forcément indéterminée.

Observation XVI.

Carcinome primitif du rein droit, par M. F. Colleville.

(In Bulletin Soc. anat. Janvier 1883).

Le nommé Hambard, Charles, âgé de 55 ans, employé à la Monnaie, entré le 2 janvier 1883, salle Saint-Louis, n° 5, service de M. Bernutz, suppléé par M. Barth, à l'hôpital de la Charité.

Antécédents. — H... s'est bien porté jusqu'au mois de mars dernier. Alcoolisme douteux : pas d'autres antécédents diathésiques; pas de syphilis. Au mois de mars dernier, sans causes connues, le malade a éprouvé de l'inappétence, du dégoût pour les aliments et un amaigrissement assez rapide; il a passé par des alternatives de constipation et de légères diarrhées. Quelques mois plus tard, le malade eut des vomissements, d'abord rares, qui ont augmenté progressivement en fréquence jusqu'à devenir presque quotidiens; il ne ressentait ni coliques, ni douleurs abdominales; de temps en temps, survenaient quelques épistaxis; l'amaigrissement et la perte de forces s'accentuaient davantage. Eruption d'acné sur le visage.

Etat actuel. — A son entrée à l'hôpital, facies maigre, très couturé d'acnés pustuleuses; le ventre très légèrement ballonné; pas d'ascite; veines sous-cutanées abdominales assez bien dessinées du côté droit; foie petit, caché sous les fausse côtes; la matité atteint à peine 7 centimètres sur la ligne mammaire. Rate petite. La palpation du ventre n'éveille aucune douleur, et ne fait rien découvrir d'anormal; elle provoque des contractions intestinales très fortes, dont les circonvolutions se dessinent sous la peau. Ganglions inguinaux assez fortement développés; appétit médiocre, soif vive. Peu après l'ingestion des aliments, le malade vomit sans efforts et sans coliques une partie de ce qu'il a pris. Selles irrégulières, parfois diarrhéiques; jamais de sang dans les vomissements, ni dans les selles. Le malade tousse peu; matité dans la fosse sus-épineuse gauche, respiration soufflante et râles crépitants, surtout à l'inspiration. Rien au cœur; pas d'œdème autour des malléoles; amaigrissement général très marqué. Pas de teinte subictérique de la peau. Urines colorées, non albumineuses; les réactifs ordinaires font constater l'absence de sucre; le microscope ne révèle ni cy-

lindres, ni globules rouges de sang. Pas de douleurs dans les reins.

Cet état reste sensiblement le même jusqu'au 19 janvier. A cette date, le malade fut pris de vomissements incoercibles de couleur jaune clair sans ressentir de douleurs, ni de coliques abdominales. Facies hippocratique; pouls petit, fréquent. Ventre sans tension. Diarhée dans la nuit du 19 au 20 janvier.

22 janvier. Les vomissements, qui ont persisté, sont devenus porracés. Pas de sensibilité ni de tuméfaction à la pression de la paroi abdominale. Toux quinteuse, fatigante, non suivie d'expectoration. Urines moins jumenteuses; pas d'albumine ni d'autres produits pathologiques. Pour le reste, même état général et local qu'auparavant. Continuation de la diarrhée.

Le 24. Les vomissements verdâtres continuent toujours; le ventre commence un peu à se ballonner; le facies est de plus en plus abdominal; pas d'ascite. L'émaciation progressive continue. Pouls petit, serré et fréquent; hoquet de temps en temps, la diarrhée persiste. Refroidissement progressif et mort le soir, à 6 heures.

Autopsie. — Aucun épanchement dans les grandes cavités séreuses. Cœur de volume normal, quelques petites plaques athéromateuses sur la crosse de l'aorte; les valvules ne sont le siège d'aucune lésion. Le poumon droit a son lobe inférieur fortement violacé et splénisé; les autres lobes sont moins fortement congestionnés; sur les bords, léger emphysème; quelques noyaux jaunâtres, durs au sommet. Le poumon gauche est le siège d'une broncho-pneumonie tuberculeuse assez accentuée, sans cavernules ni cavernes. Foie gras. Rate légèrement tuméfiée. *L'estomac* et les intestins ne présentent aucune altération spéciale. Les ganglions lombaires sont hypertrophiés.

Reins. — Le rein gauche est légèrement congestionné et augmenté de volume. Le rein droit pèse 520 grammes. La forme habituelle de cet organe est conservée; son épaisseur est considérablement augmentée : le produit néoplasique, qui a envahi presque tout le rein, a respecté deux ou trois lobes à la partie inférieure qui se présentent comme un appendice de cet organe, contrastant par ses dimensions moindres avec les diamètres de la partie supérieure.

Lorsqu'on pratique l'incision de l'uretère, on voit, au niveau des calices, le carcinome présenter des expansions en forme de

cônes à sommet inférieur; ce sont pour ainsi dire autant de doigts de gant plongeant dans le bassinet.

Sur la section du bord convexe, vers le hile, non seulement les calices, mais encore la substance médullaire sont remplacés par une masse dure, blanc jaunâtre, présentant à l'œil nu des aréoles limitées par des tractus fibreux, et dont la pression ne permet l'écoulement que d'une très petite quantité de suc cancéreux.

La substance corticale est rouge, un peu granuleuse, comme dans la néphrite interstitielle; ce tissu paraît riche en vaisseaux à parois ténues, car on voit des extravasations sanguines, preuve de ruptures vasculaires. D'ailleurs, on ne constate ni bosselures, ni noyaux cancéreux dans l'écorce rénale; la capsule un peu épaissie se laisse encore assez facilement détacher sans entraîner avec elle quelques parties de la substance corticale. Pas d'adhérences de la tumeur avec les organes avoisinants.

Examen histologique. — Toutes les parties envahies par le carcinome (calices, substance médullaire, colonnes de Bertin) sont le siège d'un véritable squirrhe. Les travées fibreuses sont très épaisses et très résistantes; les vaisseaux y sont peu abondants; les éléments constitutifs des tissus envahis ne sont nullement reconnaissables. Ce qui est conservé à côté de la masse cancéreuse est parcouru par des travées fibreuses moins résistantes et moins dures; les vaisseaux sanguins qui traversent ces dernières sont très élargis, sans présenter sur leur trajet, au moins pour les parties examinées, les petites dilatations anévrysmales décrites par M. Cornil. Les canaux urinifères sont comprimés par ce nouveau tissu; les glomérules sont légèrement rétractés, les cellules qui tapissent ces conduits ont subi par place la dégénérescence granulo-graisseuse; on voit aussi des globules du sang accumulés dans les tubes intacts.

Ainsi le cancer du rein le plus net, le mieux démontré par l'autopsie et l'examen histologique, peut ne présenter pendant la vie aucun des signes habituels de l'affection. Le mal parcourt toutes les phases et emporte le malade sans qu'il soit possible au clinicien le plus attentif de noter quoi que ce soit. On ne trouve ni douleur, ni tumeur lombaire, ni hématurie, ni aucun élément morphologique dans l'urine, qui attire l'attention sur une lésion rénale. Seuls

quelques troubles digestifs et l'émaciation rapide permettent de songer à un carcinome abdominal, sans qu'il soit possible d'en préciser le siège.

Marche, Durée, Terminaison.

Le début presque toujours insidieux du cancer rénal rend très difficile l'évaluation de sa durée ; c'est pourquoi les statistiques sont loin de concorder entre elles. Walshe, Lebert, assignent à la maladie une durée approximative de huit mois. Rohrer accepte ce chiffre pour les enfants ; mais il fixe la durée moyenne du cancer rénal, chez l'adulte, à deux ans et demi. On trouve dans le livre de Roberts des faits montrant que l'affection peut durer plus longtemps encore.

Les Bulletins de la Société anatomique contiennent même une observation du professeur Jaccoud, dans laquelle l'évolution du cancer ne dura pas moins de sept ans.

Neumann dit que le cancer rénal a généralement une marche peu rapide, et que, parmi les cancers internes, il est un de ceux qui évoluent le plus lentement. La chirurgie et la médecine expérimentale prouvent que la suppression d'un rein n'est pas indispensable à la vie ; rien ne s'oppose donc, quand les lésions ne sont pas doubles, à ce que la maladie parcoure régulièrement toutes ses phases et amène la mort par la cachexie et le marasme, terminaison banale des cancers.

Roberts et Lecorché pensent également que cette longue durée tient à ce que le rein malade peut être suppléé par son congénère ; et à ce qu'en outre, le cancer peut se déve-

lopper à l'aise dans la cavité abdominale, ne trouvant pas d'obstacles qui puissent provoquer des accidents mortels.

D'autre part, les observations de cancers à marche très rapide, signalées par les auteurs (Walshe, Rohrer, etc.), ont surtout trait à l'enfance. Or, les recherches de Lancereaux nous ont appris que le sarcome (fibrome embryonnaire) est relativement commun chez les enfants et les adolescents, et, comme la plupart des cas de cancer du rein observés dans l'enfance ne sont, en réalité, que des fibromes embryonnaires méconnus, il nous paraît logique de rapporter à cette variété de tumeur ce que les auteurs ont écrit de la marche du cancer chez les sujets en bas âge.

La marche de l'affection est, en général, régulièrement progressive : c'est par exception qu'on voit le mal rester plus ou moins longtemps stationnaire.

La mort, seule issue possible, est le plus souvent amenée par les progrès de la cachexie, par l'épuisement des orces, quelquefois par une hématurie abondante.

La mort par péritonite aiguë n'est pas impossible (Coyne et Troisier, Abeille).

Dans le cas remarquable consigné par Rayer, cette péritonite était le résultat d'une perforation de l'intestin. Bright a signalé l'hémorrhagie dans le péritoine. Une embolie mortelle peut être causée par des végétations cancéreuses ou des caillots sanguins qui se seraient formés dans les veines.

Il n'est pas rare de voir le malade succomber à une affection aiguë intercurrente. Lancereaux signale des faits dans lesquels les patients furent emportés par une pneumonie secondaire, par une affection du rein non cancéreux.

L'urémie est-elle un mode de terminaison possible du cancer ? A priori, l'hypothèse est tout à fait acceptable.

Nous savons, en effet, qu'une altération profonde des deux reins, quelle que soit la nature du mal, est capable d'amener tôt ou tard l'insuffisance de la dépuration urinaire, et de déterminer par suite des accidents urémiques. Il nous est donc permis d'admettre que le cancer double peut, au même titre que toute affection chronique, produire la mort par troubles de l'uropoïèse. Or, les auteurs se montrent tous très peu explicites sur cette terminaison du cancer, et la plupart n'en font même pas mention. La première observation que nous possédions à ce sujet est celle de Dittrich, indiquée par le professeur Jaccoud et par M. Lecorché. Dans son article du Dictionnaire encyclopédique, M. Labadie-Lagrave parle brièvement de l'urémie dans le cancer rénal ; mais ni Roberts, dans son Traité des maladies des reins, ni M. Fournier, dans sa thèse sur l'urémie, ni Grisolle, ni Niemeyer ne parlent de cette terminaison du cancer. Neumann, dont le travail date d'une dizaine d'années, dit qu'il ne connaît pas un seul cas de mort avec phénomènes urémiques dans le cancer rénal. Il semble donc que cette terminaison soit rare. Cependant, nous avons trouvé dans les Bulletins de la Société anatomique deux observations qui ne laissent aucun doute à l'égard de l'urémie terminale. La première est due à MM. Barth et Colleville ; nous l'avons déjà reproduite à propos des formes latentes du cancer. Les vomissements, les plus diarrhéiques qui survinrent à la dernière phase de la maladie, ne peuvent être rapportés qu'à des accidents urémiques.

Le second fait est plus intéressant encore ; nous en donnons la relation en entier.

Observation XVIII.

Cancer latent du rein gauche; urémie. Mort. Autopsie. (Obs. recueillie par M. Butte, interne à l'hospice des Ménages, dans le service de M. Quinquaud, Bull. Soc. anat., 1882.)

Le nommé Pommereau, âgé de 81 ans, entré le 13 juin 1882 à l'infirmerie de l'hospice des Ménages, salle Labrie, lit n° 21, dans le service de M. Quinquaud.

Il est très affaibli et présente depuis quelque temps des troubles intellectuels notables. Son caractère, qui était à peu près normal, a changé; il est sombre, veut se sauver, et refuse de prendre ses médicaments. Il ne comprend pas toujours ce qu'on lui dit, aussi est-il difficile de connaître ses antécédents; il dit s'être toujours bien porté. Depuis six semaines, il a beaucoup maigri et ne mange presque plus.

A son entrée, on constate le teint jaune des cancéreux, un amaigrisseme t notable, un peu d'œdème des membres inférieurs. Les artères radiales sont dures, athéromateuses; irrégularités dans les battements cardiaques; souffle systolique s'entendant à la base, rien à la pointe, qui bat dans le sixième espace intercostal. Légère dilatation de l'estomac, sans douleur. Le malade mange un peu de viande, mais avec dégoût, n'a jamais vomi, n'éprouve aucune espèce de douleur. Faiblesse des jambes. Quelques étourdissements.

19 juin. Il veut quitter l'infirmerie, se sauver, ne mange pas, déraisonne. Affaiblissement intellectuel prononcé. Ni nausées, ni vomissements. Constipation.

15 juillet. L'amaigrissement s'accentue, les troubles intellectuels également (idées de suicide), probablement phénomènes urémiques. On perçoit dans le flanc gauche une tuméfaction légère, non douloureuse, ni spontanément, ni à la pression; ce fait, rapproché de l'état cachectique, fait songer à un cancer viscéral, et la localisation et les troubles psychiques à un cancer rénal avec insuffisance d'excrétion. Nous dosons l'urée dans le sang et nous trouvons 14 centigrammes pour 100. Le malade urine bien; ni sucre, ni albumine dans les urines, pas de sang non plus.

2 août. Même état. Quelques irrégularités des battements du

cœur. Pouls irrégulier. Quelques râles ronflants en arrière et à droite de la poitrine.

18 août. A encore maigri; teinte jaune paille très nette; mange peu; pas de vomissements; pas de douleurs. Urines normales. Il veut toujours se sauver, et l'on est obligé de le surveiller, car il a encore des idées de suicide.

30 septembre. Il est très faible; ce matin, il a eu une syncope qui a duré une demi-heure, il est très pâle; on n'entend rien au cœur.

1er octobre. Pouls lent; 44 pulsations à la minute; estomac très dilaté par les gaz, sans induration nulle part; pas d'œdème des membres inférieurs.

Le 2. Amaigrissement squelettique. Le malade ne se nourrit plus. Somnolence.

Le 3. Il s'éteint sans agonie, à six heures du matin.

Autopsie, le 4 octobre. — *Encéphale.* Les artères basilaires et sylviennes sont indemnes. Rien du côté de la protubérance, du cervelet et du bulbe; rien non plus dans les couches corticales ni dans les noyaux centraux des deux hémisphères.

Cœur. Caillots gelée de groseille récents dans l'oreillette gauche Pas d'insuffisance aortique, bien que les valvules soient un peu épaissies. Quelques rugosités vers l'orifice aortique. L'orifice mitral est à peu près sain. Le cœur est revenu sur lui-même, il est épaissi; le ventricule gauche a 15 millimètres d'épaisseur, à 2 centimètres de la pointe; au niveau de la valvule mitrale, il a 2 centimètres. Les cordes charnues qui sous-tendent la valvule mitrale sont très saillantes. Les artères coronaires sont rigides, saillantes à la surface du cœur, qui ne présente pas de surcharge graisseuse (celle-ci ayant été résorbée); elles sont crétacées, mais laissent encore une petite lumière; leur orifice sygmoïdien est conservé, bien qu'épaissi. Poids du cœur, 370 grammes.

Aorte. L'aorte thoracique est scléreuse, sans athérome bien accentué; l'abdominale est athéromateuse, cassante; on y trouve par places des ulcérations remplies par une bouillie grisâtre.

Poumons. Droit : emphysème à la partie postérieure; œdème dans le lobe inférieur. Gauche : on voit à la partie inférieure du lobe inférieur un nodule caséeux assez uniforme, et présentant un peu l'aspect d'un tissu carcinomateux.

Plèvre. Au sommet gauche et en arrière, on trouve également un nodule carcinomateux, du volume d'un œuf de pigeon.

Estomac. Très dilaté. *Foie* congestionné ; la vésicule biliaire contient un grand nombre de très petits calculs. *Rate* normale. — *Reins*. Le rein droit est pâle, avec quelques kystes. Un noyau cancéreux, du volume d'une noix, se trouve à sa partie supérieure. Poids, 135 grammes. Le rein gauche est très volumineux. Poids, 1,630 grammes. Périnéphrite adhésive. Sa surface est lobulée et présente des bosselures ; à la coupe, on voit des noyaux cancéreux disséminés, offrant diverses colorations ; on fait sourdre le suc cancéreux par le raclage. La *prostate* est hypertrophiée. *Vessie* à colonnes, sans néoplasme. Les ganglions abdominaux ont subi la dégénérescence cancéreuse.

Examen histologique des noyaux cancéreux. — Cet examen, pratiqué par M. Quinquaud, a montré un tissu alvéolaire avec trames fibreuses, circonscrivant des espaces remplis de cellules de diverses dimensions, avec une grande quantité de granulations jaunes d'hématine. Les vaisseaux sont très développés, ce qui explique les hémorrhagies et les teintes variées du cancer encéphaloïde.

Réflexions. — L'autopsie nous a montré un cancer du rein gauche ; ce cancer était latent puisque, à part une tuméfaction peu prononcée dans le flanc gauche, rien ne permettait de localiser la tumeur ; le malade n'avait, en effet, jamais accusé de douleur au niveau du rein, jamais il n'avait eu d'hématurie ; aussi le diagnostic eût-il été fort difficile si notre maître, M. Quinquaud, en présence des troubles psychiques présentés par le malade, n'eut songé à des phénomènes urémiques, et ne nous eut fait doser l'urée dans le sang. Ce dosage nous a permis de constater une accumulation énorme d'urée dans le liquide sanguin : 0 gr. 14 au lieu de 0 gr. 016 pour 100, chiffre normal. Cette insuffisance d'excrétion d'un des principaux éléments de l'urine, jointe aux signes du cancer, nous a autorisé à affirmer pendant la vie l'existence d'une lésion néoplasique du rein. Nous nous permettrons, suivant en cela les conseils de notre maître, d'insister sur ce fait et de faire remarquer l'importance qu'il faut attacher dans certains cas à l'examen du

sang. Cet examen, dont on voit ici l'utilité, n'est pas moins indispensable dans d'autres affections des reins, la néphrite interstitielle des veillards, par exemple, dans laquelle souvent on ne constate pas d'albumine dans les urines, et qui, cependant, est caractérisée par certains troubles psychiques, certains phénomènes dyspnéiques que l'on ne pourrait rattacher avec certitude à une insuffisance d'excrétion par ésion rénale, si l'analyse chimique du sang ne venait lever tous les doutes.

DEUXIÈME PARTIE

Diagnostic.

Les tumeurs de l'abdomen sont souvent d'un diagnostic difficile ; mais il en est peu parmi elles qui aient donné lieu à plus de méprises cliniques que le cancer du rein. La littérature médicale a enregistré sur ce sujet nombre de cas fort curieux dans lesquels des erreurs ont été commises, soit que la dégénérescence rénale ait été méconnue, soit qu'on ait pris pour telle des affections toutes différentes.

Une femme âgée de 35 ans, se présente à l'hôpital civil de Brest, le 6 avril 1809, pour être admise à faire ses couches : elle meurt le lendemain de son entrée. A l'ouverture du cadavre, on trouve non un fœtus à terme, mais une masse informe, pesant plus de six livres, et constituée aux dépens du rein droit. Le volume de la tumeur en avait imposé à cette femme de manière à lui faire croire qu'elle était enceinte (1).

En 1861, Wolcott (de Philadelphie) ayant diagnostiqué chez un homme de 58 ans un kyste hydatique du foie, jugea une opération nécessaire. L'abdomen ouvert, il reconnut qu'il avait affaire à un cancer du rein et fit, séance tenante, l'ablation de l'organe. Ce fut là, dit-on, la première néphrectomie. Le malade mourut le quinzième

(1) Miriel (G.), Réflexions sommaires sur l'importance du diagnostic, th. Paris, 1810, p. 13.

jour (1). Roberts rapporte qu'une ovariotomie fut commencée par suite d'une erreur de diagnostic de ce genre : il s'agissait d'une dégénérescence encéphaloïde d'un rein mobile, les intestins étaient situés en arrière de la tumeur.

En 1867 et 1868, deux erreurs analogues furent commises par Spiegelberg à Breslau, et Peaslee à New-York. Tous les deux croyaient enlever une tumeur de l'ovaire et ils se trouvèrent en présence d'une dégénérescence rénale. La mort survint, dans le premier cas, vingt heures, dans le second deux jours après l'opération (2).

Même surprise serait arrivée au chirurgien Lossen (d'Heidelberg) ; mais, cette fois du moins, l'opération fut suivie d'une guérison complète (3).

Comme exemple de la difficulté du diagnostic des tumeurs abdominales, M. Bourdon citait, il y a quelques années, devant la Société médicale des hôpitaux, un cas qui fut l'occasion d'une erreur dans un concours pour le bureau central. A l'Hôtel-Dieu, salle Ste-Jeanne, il eut à examiner un malade chez lequel il diagnostiqua, avec le chef de service qui était Grisolle, un kyste hydatique du foie. Velpeau, l'un des juges du concours, avait diagnostiqué un abcès du foie. Quelques jours après, le malade mourut, et à l'autopsie on trouva un cancer encéphaloïde du rein (4).

Rayer, dans son traité, rapporte quelques faits du même genre, entre autres celui de Carraud, qui constata à la Salpêtrière, chez une femme de 58 ans, un cancer du rein

(1) Wolest, Med. and surg. Report, Philadelphie, 1861, p. 126.
(2) Spiegelberg, Arch. für Gynækologie, Bd., I, 1870. Peaslee, On ovarian tumours, New-York, 1872, V. Abeille.
(3) Lossen, Extirpation der entarteten rechten Nieren, Centralblatt für Chirurgie, n° 44, p. 715, 1879.
(4) Soc. méd. des hôp., 27 mars 1874.

droit, pris du vivant de la malade pour une tumeur hépatique (1).

Frerichs cite également un cas dans lequel un squirrhe du rein fut pris pour un carcinome hépatique.

Dans l'observation de Renauldin, que nous avons reproduite plus haut, la dégénérescence rénale avait été confondue avec une tumeur de la rate.

Un bruit de souffle, des battements perçus au niveau de la tumeur peuvent donner le change sur le siège et la nature du mal ; témoin le fait de Bright qui, chez une malade atteinte de cancer du rein, diagnostiqua un anévrysme de l'artère émulgente. La tuméfaction des ganglions prélombaires peut, dans des cas fort rares, former une tumeur assez volumineuse pour faire croire à un cancer du rein. Rayer (Loc. cit., p. 682), a vu prendre une masse semblable pour une dégénérescence du rein, non seulement pendant la vie, mais même après la mort. « L'erreur ne fut reconnue, ajoute cet auteur, que par une dissection attentive, au-dessous d'une couche de tissu cellulaire induré, on trouva le rein déformé, aplati, entièrement uni à la masse cancéreuse et complètement exempt de cancer. »

Chez la femme dont l'observation a été présentée par Malherbe, à la Société anatomique en 1872 (V. S. p. 45), le cancer rénal avait été pris pour une tumeur fibreuse de l'utérus.

On trouvera dans la thèse déjà citée de Neumann, une observation d'Edgard Hirtz, où le malade présentait comme unique symptôme une diarrhée persistante avec affaiblissement général. Le diagnostic qui s'imposa fut celui de tuberculose intestinale. Or, l'autopsie vint révéler comme lésion unique un cancer primitif des deux reins.

(1) Carraud (C.-G.), Dissert. sur la néphrite, in-4°, Paris, 1813, p. 24.

Quelquefois la tumeur rénale revêt tous les symptômes d'un cancer de l'estomac, sans qu'aucun indice attire l'attention du médecin du côté des organes urinaires. Mais ce qui n'est pas moins étrange, c'est que le carcinome stomacal puisse prendre de la façon la plus complètement trompeuse, les apparences d'un cancer du rein. A ce propos, nous avons cru devoir placer ici, côte à côte, deux observations bien curieuses appartenant, l'une à M. Malassez, l'autre à M. Chesnel.

Observation XIX (résumée).

Cancer de l'estomac pris pour un cancer du rein, thèse Chesnel, Paris, 1877.

J. B..., 55 ans, maçon, entre le 10 juin 1874 à l'hôpital Necker. Il est malade depuis le mois de février 1871. A cette époque, il fut pris subitement d'hématurie qui dura quatre jours et de douleurs dans les genoux qui ont persisté deux mois. Le 22 janvier 1873, il est pris de douleurs de reins, de fatigue et se met au lit où il reste plus de deux mois : il éprouve de grandes douleurs au niveau des dernières vertèbres lombaires avec irradiations en ceinture et vers les fesses : il urine plusieurs fois du sang.

Le 10 juin, il entre à l'hôpital Necker, dans un état de faiblesse extrême. Il souffre de douleurs en ceinture, siégant des deux côtés au niveau des reins et s'irradiant vers les fesses. En même temps, hématuries. Les urines sont uniformément colorées en rouge acajou très foncé, sans caillots, le sang est bien mêlé à l'urine qui contient, d'après l'examen microscopique, des hématies, des cylindres granulo-graisseux et des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésiens.

4 septembre. Le malade souffre toujours beaucoup des reins. Souvent les douleurs remontent au thorax et déterminent une violente constriction à la base de la poitrine et au creux épigastrique.

Les douleurs à l'estomac deviennent de plus en plus violentes ; elles atteignent leur maximum après l'ingestion des aliments. Le malade n'a jamais eu d'hématémèse, ni même de vomissements alimentaires. L'hématurie n'a pas reparu depuis l'entrée.

Les jambes s'œdématient, le malade se cachectise de plus en plus et meurt le 18 septembre.

Autopsie. — Les reins, les bassinets et les uretères sont absolument intacts.

Du côté de l'estomac : tumeur encéphaloïde occupant la petite courbure, distante du pylore d'environ 3 centimètres et large d'environ 5 à 6 centimètres. Elle est ulcérée.

Engorgement des ganglions de l'épiploon et du mésentère.

Observation XX (résumée).

Cancer du rein pris pour un cancer de l'estomac, Malassez, Soc. anat., 1870, p. 147.

Homme de 52 ans, boulanger, entre le 7 février à l'hôpital Beaujon, service de M. le Dr Moutard-Martin.

Ses parents sont morts âgés, il ne sait pas de quoi. Il a déjà eu trois fluxions de poitrine, la dernière, il y a un an; depuis il a toujours continué à tousser. Vers cette même époque, il a rendu, dit-il, en vomissant, des caillots de sang noir et cela pendant trois mois ; depuis il eut bien encore des vomissements, mais seulement de mucosités verdâtres. Enfin, depuis quinze jours, ses vomissements sont noirs, ils surviennent principalement après le repas, immédiatement après s'il se couche, une heure après s'il ne se couche pas. Il a remarqué également que ses selles sont noires.

Etat actuel. — Grand amaigrissement; teint jaune sale. L'examen de la poitrine révèle l'existence d'une phthisie pulmonaire double, veines abdominales saillantes. Matité hépatique considérable, surface lisse sans bosselures. Pression peu douloureuse. Douleurs spontanées, très vives au creux épigastrique. Anorexie, vomissements et selles noires, dont nous avons déjà parlé.

Diagnostic : tubercules pulmonaires et cancer de l'extrémité pylorique de l'estomac.

Traitement. — Régime lacté, potion opiacée, emplâtre de ciguë. Les vomissements continuent et deviennent plus fréquents, le malade s'affaiblit de plus en plus, il meurt le 12 février.

Autopsie. — Poumons. Congestion périphérique. — Abdomen. Tumeur volumineuse, mesurant plus de 12 centimètres de diamètre,

située au-dessous du foie, en avant et en dedans du rein droit ; ce rein est volumineux, irrégulier, bosselé et se continue par son côté interne avec la tumeur. Le foie est refoulé en avant, aplati, mais son tissu ne paraît pas altéré. Il ne se continue pas avec celui de la tumeur.

L'estomac est parfaitement sain. La rate et le rein gauche ne présentent rien d'anormal.

Il nous serait facile d'allonger indéfiniment cette liste décourageante ; mais en voici déjà trop pour montrer que des difficultés parfois insurmontables peuvent entraver le diagnostic dans certaines formes cliniques des tumeurs rénales.

Cependant, il faut bien savoir que les résultats de l'investigation clinique sont souvent plus précis. Quand, par exemple, un malade présente en même temps qu'un affaiblissement progressif, des hématuries, des douleurs lombaires plus ou moins considérables et une tumeur de l'abdomen, le doute n'est pas possible, il s'agit à coup sûr d'une néoplasie rénale dont la nature reste à déterminer.

Éliminons d'abord la phtisie rénale. Bien qu'on ait cité des cas où les reins tuberculeux atteignaient les dimensions d'une tête d'enfant, il est rare que la palpation permette de constater une augmentation de leur volume. De plus, dans les cas de tubercules rénaux, la dégénérescence envahit simultanément les deux glandes, et l'examen microscopique de l'urine permet d'y voir des matières tuberculeuses (Vogel). Les douleurs lombaires et les hématuries sont possibles, mais elles n'ont jamais ni l'intensité ni la fréquence qu'on remarque dans le cancer. Enfin, sans parler des antécédents héréditaires ou acquis, les malades présentent ordinairement d'autres manifestations, des sueurs nocturnes et des mouvements fébriles

qui, tôt ou tard, prennent les allures de la fièvre hectique.

La distinction clinique entre le sarcome et le cancer est en général difficile, puisqu'on constate dans les deux cas une tumeur fixe, de consistance variable, occupant un côté de l'abdomen et pouvant déterminer à la longue, par son développement parfois considérable, des accidents de compression. Toutefois, les fonctions urinaires paraissent moins troublées dans le sarcome. D'autre part, l'âge des malades est un élément de grande valeur. On sait, en effet, que le cancer est exceptionnel dans l'enfance; du reste, les recherches histologiques de M. Lancereaux ont démontré que la plupart des tumeurs malignes observées chez les enfants et les adolescents sont des fibromes embryonnaires (sarcomes) (1). Comme le fait remarquer Abeille, le dépérissement et la cachexie du sujet sont moins fréquents dans le sarcome qui amène la mort, plutôt par végétation excessive de la tumeur et la gêne fonctionnelle qui en résulte pour les organes voisins. Dans le doute, l'existence d'un sarcome sur une autre région (mélano-sarcome de la peau, de l'œil) donnera évidemment les présomptions les plus grandes en faveur d'une dégénérescence identique du rein. Baginski, Döderlein, Monti, Schüppel, préconisent les ponctions exploratrices comme moyen de diagnostic, non seulement pour apprécier la résistance ou la densité des tissus, mais encore pour définir leur structure. « Dans un cas de Döderlein, on retira, à l'aide de la ponction exploratrice, une matière blanchâtre, assez semblable à la substance cérébrale, dans laquelle l'examen microscopique découvrit un stroma conjonctif fibrillaire, très ténu, emprisonnant un nombre considérable de noyaux.

(1) Lancereaux, Dict. encyc., 3e série, t. III, p. 245, 1875.

« Dans un cas de Schüppel, relatif à un homme de 40 ans, affecté d'une tumeur colossale de l'hypochondre droit, avec ascite, on avait pensé à un kyste échinocoque. Une ponction exploratrice donna issue à de petites masses gélatiniformes, dont quelques-unes avaient le volume d'un pois ; sous le microscope, elles étaient constituées par une matière gélatineuse homogène qui emprisonnait des cellules granuleuses et dégénérées en graisse. D'après ces caractères, l'auteur se crut autorisé à diagnostiquer un cancer colloïde du rein. Monti affirme avoir reconnu trois fois la nature carcinomateuse des tumeurs du rein, en se fondant sur l'examen des matières évacuées à l'aide d'une ponction exploratrice. » (Labadie-Lagrave, Loc. cit., p. 49.)

Prenons maintenant le cas où la lésion ne se traduit symptomatiquement que par une tumeur du ventre sans douleur et sans altérations urinaires.

A droite, elle pourrait être prise pour une affection hépatique, mais la tumeur rénale est presque constamment séparée de la paroi de l'abdomen et de la face inférieure du foie par des anses intestinales, particulièrement par le côlon transverse qui donne à la percussion une sonorité facilement appréciable. De plus, tandis que le foie s'élève et s'abaisse en même temps que le diaphragme, la tumeur du rein reste fixe, immobile, sans aucun rapport avec les mouvements respiratoires.

A gauche, la tumeur pourrait être attribuée à une hyperplasie splénique. Mais les tumeurs de la rate, comme celles du foie, suivent les excursions du diaphragme et sont complètement mates dans toute leur étendue. Au contraire, les tumeurs rénales, à cause de leur éloignement de la paroi antérieure du ventre, sont recouvertes par le côlon descendant, dont il est toujours possible de reconnaître la présence.

Les kystes de l'ovaire se distinguent des affections rénales en ce qu'ils se dirigent du bassin vers les parties supérieures. Dans l'incertitude, le toucher vaginal et les ponctions exploratrices peuvent être d'un grand secours.

Mais il ne suffit pas de localiser la tumeur dans une des glandes rénales, il faut encore en déterminer la nature.

Le cancer du rein que nous avons déjà différencié des autres tumeurs solides, peut quelquefois, grâce à une fausse sensation de fluctuation, être pris pour une tumeur liquide, telle que pyélite, abcès, kyste, hydronéphrose. Mais, sans faire intervenir les anamnestiques, la pyélite, les abcès, la périnéphrite se distinguent par une évolution spéciale. Ils débutent souvent par des symptômes inflammatoires accentués ; la formation du pus amène un mouvement fébrile, des frissons, un état général qui n'ont rien de commun avec le cancer.

L'hydronéphrose et le kyste hydatique présentent certainement des difficultés de diagnostic plus sérieuses.

Quand une tumeur rénale, lisse, peu sensible, laisse percevoir une fluctuation très nette dans la plus grande partie de son étendue, le clinicien doit penser à l'hydronéphrose, et faire son enquête dans ce sens. Des coliques néphrétiques antérieures, un kyste de l'ovaire, une tumeur vésicale, un cancer de l'utérus, seront autant d'indices favorables à l'idée d'une obstruction de l'uretère. La disparition de la tumeur consécutivement à l'issue d'une grande quantité d'urine plus ou moins altérée lèvera tous les doutes.

Les kystes hydatiques du rein, beaucoup plus rares que ceux du foie, moins fréquents même que ceux du poumon, siègent ordinairement d'un seul côté et plus souvent à gauche qu'à droite (1). Ils sont plus communs chez l'homme

(1) Laboulbène. Anat. path., J.-B. Baillère, 1879, p. 770.

que chez la femme, et s'observent très rarement dans l'enfance. La constatation dans la région lombaire d'une tumeur globuleuse, élastique et franchement fluctuante, peut tendre à faire éliminer le cancer. Le frémissement hydatique, dans les cas rares où l'on peut le sentir, doit être pris en grande considération. Enfin l'évacuation de crochets et de vésicules par le trocart explorateur ou dans les urines, est un signe pathognomonique du kyste à échinocoques.

L'hématurie est quelquefois la seule manifestation par laquelle se révèle le cancer. La présence de sang dans l'urine étant positivement constatée, le problème consiste à reconnaître d'abord son point de départ, puis la nature des lésions qui lui ont donné naissance. La notion exacte des antécédents pathologiques et des phénomènes concomitants sera certainement fort utile ; mais les éléments de diagnostic fournis par le symptôme lui-même peuvent suffire à la rigueur. Le sang fourni par la muqueuse urèthrale s'écoule spontanément goutte à goutte. Dans la miction, le premier jet de l'urine le balaye, et le liquide, rouge d'abord, reprend bientôt sa limpidité normale. Le sang vient-il de la vessie ? L'urine d'abord claire, ou à peine teintée, ne devient nettement rouge qu'à la fin de la miction ; le sang forme alors des caillots irréguliers, de volume variable qui se précipitent isolément au fond du vase. Au contraire, dans l'hématurie rénale, le sang se mélange intimement à l'urine. « Distillée goutte à goutte, et cheminant avec elle le long de l'uretère, il s'y incorpore pour ainsi dire et parvient ainsi à la vessie. Alors même qu'il se coagule dans ce réservoir, une grande quantité de la matière colorante reste en suspension et communique une teinte foncée à la masse entière (1) ».

(1) Dict. de méd. et de chirurgie prat. Tome IX, p. 338.

La présence de caillots allongés, vermiformes, dont l'expulsion s'accompagne en général de véritables coliques néphrétiques, indique non seulement que l'hématurie vient du rein, mais encore que l'organe est grièvement altéré.

Le sang provenant manifestement des reins, reste à savoir quelle est la lésion de l'organe.

Nous ne reviendrons pas sur les caractères distinctifs des tubercules du rein. Quant à l'hématurie se montrant comme accident de la lithiase rénale, elle est ordinairement précédée de coliques néphrétiques, et suivie de l'expulsion de graviers et de calculs.

Si l'hémorrhagie succède à un traumatisme accidentel ou opératoire, son point de départ est évident. Mais, comme nous l'avons montré plus haut, le traumatisme, en provoquant un pissement de sang, peut révéler une affection plus ou moins ancienne et demeurée jusqu'alors absolument latente. Enfin, l'écoulement sanguin survient-il sans cause appréciable, à intervalles variables, chez un sujet d'un certain âge, maigre, affaibli, cachectique, exempt de lithiase rénale, et de toute affection de la vessie ; l'existence d'un cancer du rein pourra être soupçonçonnée, surtout si le malade accuse des souffrances plus ou moins vives dans la région des lombes.

Quand les douleurs, la tumeur et les hématuries font également défaut, le médecin ne peut plus se guider que sur l'indication vague donnée par la débilitation générale et l'épuisement des forces. Mais, si la cachexie profonde du malade éveille l'idée d'un cancer abdominal, sans qu'il soit possible d'en préciser le siège, l'apparition d'accidents urémiques peut mettre tout à coup sur la voie du diagnostic, comme dans le cas de M. Quinquaud, dont nous avons reproduit la belle observation dans le cours de ce travail.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Des aponévroses.

Physiologie. — De la sécrétion de la bile et du rôle de ce liquide.

Physique. — Description des piles les plus usitées.

Chimie. — Théorie sur la constitution chimique des sels, solubilité des sels, action des sels les uns sur les autres, lois de Berthollet et de Wollaston, etc.

Histoire naturelle. — Des tiges, leur structure, leur direction, caractères qui distinguent les tiges des monocotylédones et celles des dicotylédones. Théorie sur leur accroissement.

Pathologie externe. — De l'astigmatisme.

Pathologie interne. — Des concrétions sanguines dans le système veineux.

Pathologie générale. — Des métastases.

Anatomie et histologie pathologiques. — Des lésions des nerfs.

Médecine opératoire. — De la valeur des appareils inamovibles dans le traitement de la coxalgie.

Pharmacologie. — Des gargarismes et des collutoires ; des collyres gazeux, liquides, mous et solides, des injections, des inhalations, des lotions, etc.

Thérapeutique. — Des indications de la médication tonique.

Hygiène. — De l'action de la lumière sur l'organisme.

Médecine légale. — Empoisonnement par le chloroforme et l'éther. Comment peut-on reconnaître la présence de ces anesthésiques dans le sang.

Accouchements. — Des paralysies symptomatiques de la grossesse.

Vu par le président de la thèse,
LABOULBÈNE.

Vu, bon et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.